A FINE OF 3 CENTS PER DAY IS CHARGED FOR OVERDUE BOOKS.

Date Due

Library Bureau Cat. no. 1137

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
DR. DREUW IN BERLIN, DR. J. FICK IN WIEN, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL, PROF. DR. KROMAYER IN BERLIN,
PROF. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

EINUNDFÜNFZIGSTER BAND.

1910.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 4 TAFELN UND 20 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG.
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1910.



Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Seite

Versammlungen.

Fachzeitschriften.

Bücherbesprechungen.

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Mikroskopie.

Bakteriologie.

Hygiene.

Seite

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Seite

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

II. Neurotische.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

b) Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

β. *Tuberkulose.*

γ. *Syphilis.*

Seite

2. Lokale Infektionskrankheiten.

A. *Oberhaut.*

B. *Cutis.*

C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

a) Maligne.

b) Benigne.

c) Pigmentanomalien.

D. *Regressive Ernährungsstörungen.*

e) Blennorrhoe und Komplikationen.

Verschiedenes.

Verzeichnis der Tafeln.

E. *Idioneurosen.*

F. *Sekretionsanomalien.*

G. *Saprophyten und Fremdkörper.*

H. *Mifsbildungen.*

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Penis, Urethra und Blase.

b) Hoden und Samenblasen.

Seite

c) Prostata.

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. No. 1. 1. Juli 1910.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Zur Chemie der Haut.
VII.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

Die Oxydation des Chrysarobins auf der menschlichen Haut.

Wer sich mit der Chemie der Haut beschäftigt, wird sich dem Studium der Wechselwirkung zwischen Chrysarobin und der menschlichen Haut nicht entziehen können. Im folgenden wollen wir uns zunächst nur mit der oxydierenden Wirkung der Haut auf Chrysarobinpräparate beschäftigen.

Es ist schon lange bekannt, dafs diese Oxydation des Chrysarobins oft bereits in der Salbenkruke beginnt, und zwar unter zwei ganz verschiedenen Umständen, nämlich infolge der Anwesenheit einerseits von basischen Stoffen, andererseits von Ölsäure und ihren Verbindungen.

Was die basischen Stoffe betrifft, welche häufig mit Chrysarobinsalben zusammen verordnet werden, so sind in dieser Richtung am wirksamsten die fixen Alkalien (Kalilauge, Natronlauge) sowie Pyridin und Anilin, etwas weniger Ammoniak und die Erdalkalien, noch weniger die Alkalikarbonate. In Gegenwart derselben färbt sich Chrysarobin mehr oder weniger rasch rotbraun. Nach Liebermann und Seidler entsteht hierbei, besonders bei ausgiebigem Luftzutritt, rotes chrysophansaures Alkali.[1] Immer erfordert die Reaktion den flüssigen Zustand der Base: Zinkoxyd, Quecksilberoxyd, Lithargyrum, Minium, Galmei, Cerussa, Magnesia carbonica, die basischen Wismutsalze z. B. oxydieren Chrysarobin nicht, auch

[1] Die sofortige Rotfärbung von Chrysarobin beim Schütteln mit kaustischen Alkalien ist noch kein Beweis für eine ebenso rasche und vollständige Umwandlung in chrysophansaures Alkali, da beim Ansäuern der Flüssigkeit nur eine gelbe, keine rote Fällung entsteht. Erst nach längerer Zeit liefert das Ansäuern einen je nach der Dauer mehr rotbraun gefärbten Niederschlag.

nicht bei längerem Aufenthalt in der Kruke. Am besten geht die Oxydation vor sich, wenn die Base nicht bloſs selbst flüssig ist, sondern auch Chrysarobin löst, wie Kalilauge, Natronlauge, Anilin, Pyridin und der HEBRAsche Seifengeist (Spir. saponat. kalinus), in welchem auſser dem freien Alkali noch der Spiritus lösend wirkt.

Bedingung für die Umwandlung des Chrysarobins im Kontakt mit basischen Stoffen ist mithin einerseits die Anwesenheit freien Alkalis, andererseits die Lösungsmöglichkeit des Chrysarobins. Einen ganz anderen Charakter besitzt die Oxydation des Chrysarobins bei Abwesenheit von Basen, wie eine solche unter dem Einflusse von Ölsäure und bestimmten Oleaten vor sich geht. Ähnlich wie bei der Ölfirniſsbereitung handelt es sich hierbei um katalytische Prozesse. In einem Vortrage über „die reduzierenden Heilmittel“[1] hat einer von uns bereits vor vielen Jahren die oxydierende Wirkung der Ölsäure auf Chrysarobin ausführlich erörtert. Es heiſst daselbst:

„Es war mir schon lange bekannt, daſs man Chrysarobin und HEBRAsche Salbe beim Ekzem nicht zusammen verschreiben darf, da die Mischung sich schwarz färbt und schon in der Kruke kein Chrysarobin mehr enthält. Jetzt habe ich diesem viel zu wenig bisher beachteten Umstande eine längere Versuchsreihe gewidmet. Da nämlich, wie wir eben gesehen haben, das Lithargyrum und das kohlensaure Bleioxyd auf Chrysarobin ohne oxydierenden Einfluſs sind, so ist diese Tatsache höchst auffallend. Sie wird es um so mehr, wenn man erfährt, daſs die in den Apotheken vorrätige HEBRAsche Salbe sich bei Zusatz von Chrysarobin in ihrer ganzen Masse sofort schwarz färbt, also zu den stärkst oxydierenden Mitteln für das Chrysarobin gehört und daſs dieser oxydierende Einfluſs durch starken Zusatz von Salicylsäure selbst nicht aufgehoben wird. Ich untersuchte zunächst die Ölsäure und andere ölsaure Salze, das ölsaure Zinkoxyd und Quecksilberoxyd, und es zeigte sich, daſs diese Körper, mit Chrysarobin gemischt, sich allerdings sehr langsam und in geringem Grade, aber doch deutlich an der Luft bräunlich färbten. Diese oxydierende Wirkung der Olsäure und ihrer Salze ist aber nun im ölsauren Bleioxyd hochgradig potenziert. Man kann sie schon am Bleipflaster selbst wahrnehmen, wenn man dasselbe geschmolzen mit Chrysarobin vermischt oder beide Teile in Äther löst und diesen verdunsten läſst. Sehr bald beginnt die Schwärzung an der Oberfläche und schreitet unaufhaltsam durch die ganze Masse fort. Das ölsaure Blei verhält sich also nicht wie die Seifen, die sich mit Chrysarobin nur an den oberflächlichen, mit Luft in Berührung stehenden Teilen schwärzen; es zieht den Sauerstoff der Luft gewaltsam an, selbst durch dicke Fettschichten hindurch, bis alles Chrysarobin oxydiert ist.“

Nachdem ferner die starke Oxydation des Chrysarobins auf der Haut bei Zusatz starker Alkalien besprochen und auf die Unterschiede der Oxydationsprodukte (rot und schwarz) bei den verschiedenen Arten der Oxydation hingewiesen ist, schlieſst der Autor folgendermaſsen:

„Wir müssen uns doch sagen, daſs die auf der Haut bei Anwendung reiner Chrysarobinsalben auftretende Oxydation auf so starke Basen als Adjuvans nicht rechnen

[1] Gehalten in Moskau auf dem internationalen medizinischen Kongreſs 1897.

kann, wie wir sie bisher in Betracht gezogen haben. Selbst wenn wir von den mit dicker trockener Oberhaut bedeckten, entschieden sauren Hautprovinzen absehen und nur solche Regionen, wie Hals, Genitalien und Gesicht betrachten, an denen stets eine rasche Oxydation des Chrysarobins ohne weiteres eintritt, so wird man hier kaum eine starke Basicität der Oberfläche oder des Hautsekrets für gewöhnlich nachweisen können. Allerdings fehlen genauere Versuche über diesen Punkt und meine mit gewöhnlichem Reagierpapier angestellten haben kein sicheres Resultat ergeben.[3]

Immerhin wird man aber doch behaupten dürfen, daſs die Oxydation des reinen Chrysarobins auf der Haut mehr der durch Ölsäure und ölsaure Salze eingeleiteten entspricht, indem auf der Haut jedenfalls Fettsäuren vorhanden sind, die sich zersetzen können."

Seit diesen pharmakologischen Erfahrungen mit Chrysarobin wurde die Hebrasche Salbe — weitab von den sonstigen, eintrocknenden und reduzierenden Ekzemmitteln — als eine Ekzemsalbe eigener Art hingestellt von ganz besonderen Indikationen. So heiſst es beispielsweise:

„In die Kategorie der oxydierenden und dadurch hornerweichenden Salben gehört auch wahrscheinlich — neben anderen Oleaten — die Hebrasche Salbe; man kann ihre oxydierende Kraft am leichtesten durch die rasche Oxydation des Chrysarobins zu Chrysophansäure nachweisen. Daher gehört die Hebrasche Salbe im Gegensatz zur Zinksalbe überhaupt dort hin, wo man die Hornschicht erweichen will."[4]

Geht aus diesen Notizen schon zur Genüge hervor, wie wichtig für die Dermatotherapie gerade diese Art der Chrysarobinoxydation ist, so muſs doch von vornherein betont werden, daſs es nicht etwa die Fettsäuren selbst sind, welche als solche die Oxydation herbeiführen, sondern daſs sie es nur tun, insoweit sie als Überträger des Luftsauerstoffs zu dienen vermögen. Um diese Eigenschaft derselben unserem Verständnis näher zu bringen, müssen wir einen kurzen Ausflug in die heutige Theorie der Firniſsbereitung einschalten.

Über Firnisse.

Unter Firniſs in weiterem Sinne versteht man jede Flüssigkeit, die, in dünner Schicht auf einen Gegenstand aufgetragen, beim Eintrocknen einen harten, meist glänzenden Überzug hinterläſst.[5] Firniſs im engeren Sinne ist ein mit Sauerstoff oder sauerstoffübertragenden Substanzen, sog. „Sikkativen", präpariertes Leinöl. Ein solches Produkt trocknet schon in 12—24 Stunden ein. Die Geschichte der Firnisse geht in frühe Zeiten zurück. Wenn man irgendeinen Gegenstand zum Schmuck oder zum Schutz gegen Einwirkungen von auſsen mit einer Hülle überziehen wollte, benutzte man ursprünglich verschiedene von selbst eintrocknende Öle, hauptsächlich Leinöl. Aber diese Stoffe brauchten bei gewöhnlicher Temperatur drei bis fünf Tage, um in dünner Schicht fest zu werden. Später stellte man einen bedeutend schneller

---

[3] Inzwischen haben unsere neuen Reagentien (s. *diese Zeitschr.* 1910. Bd. 50, S. 588) ergeben, daſs auch die genannten Beugeseiten, einschlieſslich des Gesichtes, sauer reagieren.

[4] Unna, „Pathologie und Therapie des Ekzems". Hölder, Wien 1903. S. 71.

[5] Unna, „Zur Kenntnis der Hautfirnisse". *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 13, S. 423.

trocknenden Firnifs durch andauerndes hohes Erhitzen, sog. „Kochen“ von Leinöl mit Bleiglätte oder Mennige dar. Zu diesen kam sodann Braunstein und Manganborat hinzu. Solche „gekochte Firnisse“ trocknen schon in vier bis fünf Stunden. Neben diesen durch starkes Kochen und Zusatz von Sikkativen hergestellten Firnissen lernte man sodann die „leichtlöslichen“ Firnifspräparate kennen, die erhalten werden, indem man bei verhältnismäfsig niedriger Temperatur Blei- und Manganseifen der Kolophonium-harzsäuren in gewöhnlichem Leinöl auflöst. Die Erhitzung braucht nicht über 60° zu gehen.

Vom chemischen Standpunkte aus bewirkt der Prozefs der Firnifsbereitung, wie man neuerdings festgestellt hat, keine besondere Veränderung des Leinöls. Firnifs ist, entgegen früheren Anschauungen, noch ebenso ein Glycerid der Leinölsäure wie Leinöl. In der Tat sind, abgesehen von der Trockenheit, die Differenzen in den Eigenschaften und analytischen Zahlen zwischen Leinöl und flüssigem Leinölfirnifs nur sehr gering. Der eigentliche chemische Prozefs tritt erst ein, wenn der Firnifs in dünner Schicht der Einwirkung des Luftsauerstoffs ausgesetzt wird und eintrocknet. Hierbei findet durch die katalytische Wirkung des Sikkativs eine rasche Gewichtszunahme der Schicht statt, indem Sauerstoff aufgenommen wird.

Vollständig ist der Chemismus des Vorganges noch nicht aufgeklärt. Ziemlich allgemein neigt man zu der Ansicht,[6] dafs beim Trocknen des Leinöls die Glyceride der ungesättigten Fettsäuren an einer oder mehreren Stellen ihrer Doppelbindungen (CH = CH) beim Kontakt mit der Luft sich oxydieren und dadurch in Peroxyde übergehen. Durch die Hinzugabe eines Mangan- oder Bleisalzes wird die Schnelligkeit und die Energie der Reaktion erhöht. Denn erstens wirken sie als mineralische Fermente (Katalysatoren), wenn man sie in Spuren in Gegenwart eines Körpers verwendet, der sich leicht in Peroxyd verwandelt, und zweitens wirken sie als Autooxydationsmittel direkt auf das Leinöl, wenn sie in gröfseren Mengen zur Anwendung gelangen.

Wenn zur Firnifsbereitung stets Leinöl genommen wird, so ist es nicht deshalb, weil Leinöl allein eine Aufnahmefähigkeit für Sauerstoff besäfse. In Wirklichkeit nehmen alle fetten Öle freiwillig Sauerstoff aus der Luft auf. Je stärker in einem fetten Öle der Prozentgehalt an Glyceriden der ungesättigten Fettsäuren ist und je stärker ungesättigt diese Fettsäuren sind, desto intensiver ist die Sauerstoffaufnahme. Sie ist am lebhaftesten bei dem hauptsächlich die Linolensäure (drei Doppelbindungen) enthaltenden Leinöl, schwächer bei den überwiegend aus den Glyceriden der Linolsäure (zwei Doppelbindungen) bestehenden Ölen (Mohnöl, Hanföl, Nufsöl, Krotonöl) und noch schwächer bei Olivenöl, Rüböl, die nur Glyceride der Ölsäure enthalten. Aus diesem Grunde ist Leinöl das beste Mittel zur Firnifsbereitung.

Es scheint, dafs bei der Firnifsbereitung der Sauerstoff derart zur Wirkung gelangt, dafs er an die Doppelbindungen in loser Weise angelagert wird. Allerdings hat es sich gezeigt, dafs diese Bindung das Molekül der Linolensäure trotz reichlicher Sauerstoffaufnahme nicht vollständig sättigt,

---

[6] Z. B. Desalme, *Rev. chem. Industrie.* 20. Nr. 233.

da die Säure imstande ist, auch nach der Sauerstoffaufnahme noch Jod an derselben Stelle zu binden; sie hat auch dann noch eine „Jodzahl“.

Wir haben also in dem der Luft mit grofser Oberfläche exponierten Firnifs einen Körper vor uns, welcher, bis die Eintrocknung vollendet ist, unausgesetzt aus der Luft Sauerstoff entnimmt, denselben aber nur locker bindet, so dafs derselbe an andere Körper wieder abgegeben werden kann. Diese Eigenschaften der leichten Sauerstoffentziehung und -Abgabe machen den Leinölfirnifs zu einem an der Hautoberfläche therapeutisch sehr wirksamen Oxydationsmittel.

Wenn sich nun zeigen liefse, dafs blofs im Kontakt mit Ölkatalysatoren, also ohne Anwesenheit von Basen, das Chrysarobin sich auch oxydieren läfst, so würden wir ein Verständnis der spontanen Oxydation des Chrysarobins auf der menschlichen Haut gewinnen. Dieses scheint in der Tat der Fall zu sein. Wir sehen schon mit blofsem Auge eine Rotfärbung des Chrysarobins eintreten, die eine gewisse Analogie zu dem bekannten Umschlag in Rot des Chrysarobins in chrysophansaures Alkali zeigt, wenn wir mit den genannten alkalifreien Oxydationsmitteln die Chrysarobinlösungen versetzen. Dafs es sich auch bei diesem Umschlag in Rot ebenfalls um eine Oxydation handelt, ergibt sich mit Sicherheit aus dem Studium des Chrysarobinspektrums, zu dem wir uns nun wenden.

Spektroskopie des Chrysarobins und seiner Derivate.

Chrysarobin zeigt in verschiedenen Lösungen ein charakteristisches Spektrum, welches aus mehreren Streifen besteht. Der Hauptstreifen befindet sich in der Mitte des Grüns cca 535 und ist von einem zweiten Streifen im Grün 510, welcher allmählich in das vollkommen beschattete Blau übergeht, durch einen freien Zwischenraum (cca 525) getrennt. Aufserdem sieht man bei passender Konzentration und Beleuchtung im Handspektroskop einen sehr schmalen und schwachen Streifen im Gelb dicht neben der Linie C (cca 583).

Dieses Spektrum zeigt sich am besten, wenn man das Chrysarobin in Benzol, Chloroform oder Thymen löst; weniger gut ist es bei Lösung in Aceton und Alkohol ausgeprägt und kaum wahrnehmbar in Eisessig.

Dieses Spektrum des unveränderten Chrysarobins ändert sich unter dem Einflusse oxydierender Substanzen, und zwar verschieden, je nachdem man in alkalischer oder saurer Lösung oxydiert. Wir wollen zunächst die letztere Eventualität ins Auge fassen.

Als alkalifreie Oxydationsmittel haben wir eine aufsteigende Reihenfolge in folgenden Substanzen gefunden: Leinöl, Ölsäure, Benzoylsuperoxyd und Bleioleat. Löst man Chrysarobin in Benzol und setzt die genannten (sämtlich in Benzol löslichen) Stoffe hinzu, so färbt sich die Mischung in allen Fällen nach kürzerer oder längerer Zeit braunrot.

Wenn diese Verfärbung eingetreten ist, so hat sich das Chrysarobinspektrum in das Spektrum des Oxychrysarobins[7] verwandelt. Dasselbe charakterisiert sich hauptsächlich dadurch, dafs die beiden getrennten Streifen im Grün gleichzeitig verwaschen werden und zusammenfliefsen, während der feine Streifen im Gelb verschwindet. Diese Erscheinung nimmt mit der Konzentration des Oxychrysarobins in der Lösung zu, was man sehr hübsch bei folgender Versuchsanordnung verfolgen kann. Vor den Spalt des Spektroskops setzt man ein Reagierglas mit Benzol und fügt eine konzentrierte Oxychrysarobinlösung in Benzol tropfenweise hinzu. Man beobachtet dann mit steigender Konzentration zuerst eine Abblassung des Hauptstreifens im Grün, während der zweite Streifen im Grün an dessen Blauseite, ebenfalls verwaschen, sich demselben nähert und bei einer bestimmten Konzentration mit ihm verschmilzt. Der schmale Streifen im Gelb ist inzwischen verschwunden. Bei höherer Konzentration aber tritt wieder eine Verdunkelung im Gelb auf, während das jetzt einheitlich verwaschene Band im Grün immer weiter nach links fortschreitet. Schliefslich ist zwischen dem verdunkelten Gelb und verdunkelten Grün nur noch eine schmale, grüne Zone übrig. Bei noch gröfserer Konzentration verdeckt der von rechts sich ausbreitende Schatten das ganze Grün und Gelb bis zum Rot.

Bemerkenswert ist, dafs Bleioleat in dieser Versuchsreihe stärker oxydiert als selbst Benzoylsuperoxyd und weit stärker als Ölsäure allein.

Ein anderes Produkt in spektroskopischer Beziehung erhält man, wenn man die Oxydation des Chrysarobins in alkalischer Lösung ausführt. Wie wir seit Liebermanns Untersuchungen wissen, löst sich Chrysarobin mit gelber Farbe in Alkalien; die Lösung färbt sich aber allmählich an der Luft rot, indem sich chrysophansaures Alkali bildet. Säuert man diese Lösung an, so fällt Chrysophansäure aus. Diese, in Benzol, Chloroform oder Eisessig gelöst, zeigt im Gegensatz zu Chrysarobin kein Spektrum. Dagegen gibt die Chrysophansäure, in konzentrierter Schwefelsäure gelöst, wie Liebermann und Kostaniecki[8] gezeigt haben, ein Spektrum, bestehend aus zwei Streifen im Grün, deren einer ungefähr mit E zusammenfällt, während der andere zwischen b und F liegt. Ein solches oder ähnliches Spektrum ist bei Chrysarobin in Schwefelsäurelösung nicht zu konstatieren.

Diese Umwandlung von Chrysarobin in chrysophansaures Alkali erhält man, wie Liebermann es auch bereits angedeutet hat, nur bei nicht zu starkem Luftzutritt. Leitet man lange und energisch Luft ein oder über-

[7] So wollen wir zum Unterschiede von der Chrysophansäure und dem später zu besprechenden Chrysaloxin das auf die hier genannte Weise oxydierte Chrysarobin nennen.

[8] *Ber. d. deutsch. chem. Ges.* 1886. Bd. 19, S. 2327.

läſst man die alkalische Lösung mehrere Tage dem Einfluſs der Luft, so geht die Oxydation über Chrysophansäure hinaus. Es bildet sich dann eine schwarzbraune Lösung, aus der beim Ansäuern ein schwarzes Produkt ausfällt. Dasselbe besteht aus zwei Teilen, von denen der eine in Alkohol und Eisessig mit roter Farbe löslich ist, während der andere sich in Alkohol gar nicht, in Eisessig auſserordentlich schwer, aber in Benzol leicht mit braunroter Farbe löst. Der rote Anteil enthält, wie sein Spektrum in Schwefelsäure zeigt, Chrysophansäure, aber daneben noch nicht näher untersuchte Zwischenprodukte. Der in Eisessig schwer lösliche Teil gibt in Benzol ein sehr scharfes und charakteristisches Spektrum. Dasselbe zeigt einen sehr dunklen Streifen im Rot nahe der Gelbgrenze (625), einen zweiten Streifen an der Gelbgrüngrenze (580) und einen verwaschenen Streifen im Grün[9] an dessen Blauseite (540). Bei 500 beginnt die völlige Absorption des Blaus. Das Spektrum hält sich etwa 24 Stunden, dann verschwindet zuerst der Streifen im Rot, während der Streifen im Gelb verbleibt und, wie der Streifen im Grün, noch dunkler wird.

Dieses letzte, spektroskopisch gut charakterisierte Endprodukt wollen wir in Anlehnung an den bereits eingeführten Namen des unter Beihilfe von Alkali oxydierten Pyrogallols, des Pyraloxins,[10] Chrysaloxin nennen.

Um die Oxydate in saurer Lösung noch näher kennen zu lernen, haben wir endlich die Lösung des Chrysarobins in Eisessig, die, wie oben schon bemerkt, an und für sich kein charakteristisches Spektrum gibt, der Einwirkung stark oxydierender Salze ausgesetzt, nämlich der des Kalipermanganats und Ammoniumpersulfats. Wir lösten Chrysarobin in Eisessig, gaben etwas festes Kaliumpermanganat, resp. Ammoniumpersulfat und einige Tropfen Wasser behufs deren besserer Lösung hinzu. Die Lösungen wurden nun längere Zeit gekocht, wobei sie sich immer dunkler färbten. Auf Zusatz von Wasser fielen unlösliche Niederschläge aus, die bei Kalipermanganat eine dunkelgelbe, bei Ammoniumpersulfat eine braunrote Farbe besaſsen. Beide Niederschläge wurden abfiltriert und getrocknet.

Das Manganprodukt wurde teilweise in Benzol, teilweise in Schwefelsäure gelöst. Erstere Lösung gab kein, die letztere das Spektrum von Liebermann und Kostaniecki, wodurch das Produkt als Chrysophansäure erkannt wurde. Auch zeigte es das von Liebermann angegebene Merkmal der Chrysophansäure, die momentane Rotfärbung bei Zusatz von Alkali und Schütteln mit Luft.

Das Persulfatprodukt gab in Schwefelsäure gelöst kein Spektrum, da-

---

[9] Zukünftige Untersuchungen müssen lehren, ob der Streifen im Grün von Verunreinigung mit Chrysarobin herrührt. Als charakteristisch kann bis dahin nur der dunkle Streifen im Rot gelten.

[10] Unna, „Neue Tatsachen über reduzierende Heilmittel.“ Arb. aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten, 1896. Berlin, Eugen Grosser, 1897.

gegen in Benzol gelöst das oben für Oxychrysarobin als charakteristisch beschriebene Spektrum (Schwund der beiden Streifen im Grün unter Verdunkelung derselben).

Man kann also Chrysarobin durch Oxydation in saurer Lösung sowohl in Oxychrysarobin wie in Chrysophansäure umwandeln und mit diesen beiden Produkten allein haben wir es offenbar zu tun, wenn die Haut mit Chrysarobin zusammengebracht wird, ohne gleichzeitige Mitwirkung von Alkalien (z. B. grüner Seife).

Der allgemeine Gang der spektroskopischen Untersuchung der Chrysarobinprodukte in der Praxis wäre hiernach folgender. Nachdem die Chrysarobinmittel nicht zu kurz (z. B. drei Tage) auf der Haut verweilt haben, werden sie am besten mit einem Kartenblatt abgeschabt, in einem Reagierröhrchen mit Benzol aufgenommen und filtriert. Die Hälfte der Lösung wird abgedampft und der Rückstand wird in konzentrierter Schwefelsäure gelöst. Die auf diese Weise erzielten zwei Lösungen (in Benzol und in konzentrierter Schwefelsäure) werden spektroskopisch untersucht.

Eine restlose Umwandlung des Chrysarobins in die spektrumlose Chrysophansäure ist auf der Haut nicht zu erwarten. Wir werden daher immer in der Benzollösung ein Spektrum erhalten. Treten die Streifen des Chrysarobins hervor, ohne eine Veränderung zu zeigen, so ist keine Umwandlung in Oxychrysarobin eingetreten. Ob neben dem Chrysarobin Chrysophansäure entstanden ist, entscheidet das eventuelle Chrysophanspektrum der Schwefelsäurelösung. Eine Umwandlung des Chrysarobins in Oxychrysarobin zeigt sich durch das mehr oder minder starke Hervortreten von dessen Spektrum in der Benzollösung. Bei gröfserer Übung dürfte auch eine annähernde quantitative Schätzung dieses Überganges in Oxychrysarobin gelingen. Wenn bei der Behandlung aufser Chrysarobin auch Alkalien zur Verwendung kamen, hat man auf das Vorhandensein des Chrysaloxinspektrums in der Benzollösung zu achten, wobei der Streifen desselben im Rot ausschlaggebend ist.[11]

Die im früheren als möglich hingestellte Oxydation des Chrysarobins auf der Haut ohne Beihilfe von Alkalien existiert also tatsächlich und läfst sich mit dem Spektroskop mühelos verfolgen. Die von uns des weiteren aufgestellte Hypothese, dafs diese Oxydation auf der Haut unter dem Einflusse von Ölkatalysatoren und speziell von Ölsäure vor sich geht,

[11] Die bisher — allerdings nur bei sechs Patienten — angestellten vorläufigen Untersuchungen ergaben in den abgeschabten Resten der reinen Chrysarobinsalbe stets eine deutliche Umwandlung des Chrysarobins in Oxychrysarobin und die Abwesenheit von Chrysophansäure, die sich durch den Mangel des Schwefelsäurespektrums und des raschen Umschlags in Rot bei Zusatz von Alkali kund gab.

bewahrheitet sich nun ebenfalls, denn der Versuch mittelst des Spektroskops ergibt, daſs in Ölsäure gelöstes Chrysarobin an der Luft sich allmählich in Oxychrysarobin umwandelt, geradeso wie in den Chrysarobinsalben auf der Haut.

Auch der Lösung der Frage, woher die Ölsäure kommt, welche zur Oxydation des Chrysarobins auf der Haut dient, sind wir mit den uns heute zu Gebote stehenden Mitteln bereits ziemlich nahe gerückt. Wir haben drei Ölsäurequellen auf der Haut zu unterscheiden, die Talgdrüsen,[12] die Knäueldrüsen[13] und die basale Hornschicht.[14] Die in den Zellen der basalen Hornschicht eingeschlossene Ölsäure können wir als kaum in Betracht kommend ausschalten. Denn in der Fuſssohle und der Hohlhand, welche die allerstärkste Oxydationswirkung auf ihrer Oberfläche erkennen lassen, nimmt der Gehalt an Ölsäure von den basalen Hornzellen bis zu den Zellen der Oberfläche in gleichem Maſse ab, wie der Gehalt an Ölsäure-Cholesterinestern steigt. In den obersten an die Auſsenwelt angrenzenden Hornzellen ist bei der täglichen Berührung mit fettlösender Seife der Ölsäuregehalt gewiſs auf ein Minimum herabgesetzt und kann in diesen Zellen ja auch nicht mehr ersetzt werden. Trotzdem ist, wie ein Tropfen Rongalitweiſs[15] zeigt, den wir auf die Haut dieser Regionen bringen, stets eine starke Oxydationswirkung auf derselben vorhanden. Hiermit harmoniert es vortrefflich, daſs auf denselben Hautstellen Chrysarobinsalben (und Pyrogallolsalben) die allerstärkste Oxydation erfahren. Bekanntlich sind an denselben Regionen von Fettdrüsen aber nur die Knäueldrüsen vorhanden und es wirft sich die Frage auf, ob in den Knäueldrüsen die für die Chrysarobinoxydation nötige Ölsäurequelle vorliege. Daſs die Knäueldrüsen Ölsäure produzieren, wissen wir schon lange, und zwar durch den Nachweis der sich mit Osmiumsäure schwärzenden Tröpfchen in den Zellen der Glomeruli.[16] Wie wir kürzlich gezeigt haben,[17] wird Osmiumsäure nur von der ungesättigten Ölsäure reduziert. Seitdem wir nun in der Oxydationskraft der Ölsäure ein neues Reagens auf dieselbe gefunden haben, muſs der Nachweis verlangt werden, daſs

---

[12] Vgl. Unna und Golodetz, „Die Hautfette." *Biochem. Zeitschr.* 1909. Bd. 20, Heft 6, S. 489.

[13] Ebenda, S. 492.

[14] Vgl. Unna und Golodetz, „Zur Chemie der Haut, V. Das Eigenfett der Hornschicht." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, S. 95.

[15] Vgl. Unna und Golodetz, „Zur Chemie der Haut, VI. Hautreagentien." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, S. 451.

[16] Unna, „Die Funktion der Knäueldrüsen des Menschen." Arb. aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten, 1895. Berlin, Eugen Grosser, 1896, S. 1.

[17] Unna und Golodetz, „Zur Chemie der Haut, V. Das Eigenfett der Hornschicht." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, S. 95.

dieselben Tröpfchen in den Glomeruli nicht bloſs Osmiumsäure reduzieren, sondern auch Rongalitweiſs oxydieren. Und das tun sie in der Tat.

Man braucht nur Gefrierschnitte von einer in Formalin fixierten Fuſssohle anzufertigen und diese auf 2 bis 5 Minuten in ein Schälchen mit Rongalitweiſs zu legen. Sie färben sich in demselben nicht, da noch Rongalit zugegen ist. Spült man die Schnitte aber mit Wasser ab, so beginnt sofort die Blaufärbung, und zwar zunächst am subcutanen Fett.[18] Mit diesem zugleich aber färben sich Tröpfchen in den Knäueldrüsen blau. Ein Vergleich der Schnitte mit solchen, die man in Osmiumsäure, Flemmingsche Lösung oder über Osmiumdampf gebracht hat, belehrt über die vollkommene Identität der blauen Tröpfchen in Form, Gröſse und Lagerung mit den osmierten Tröpfchen. An denselben Schnitten kann man ferner die Bläuung der Knäuelgänge, besonders der Cuticula derselben und der inneren Schweiſsporenzellen beobachten (auch analog der Schwärzung derselben Gebilde mit Osmiumsäure). Damit ist die Herkunft der Methylenweiſs oxydierenden Ölsäure auf Fuſssohle und Hohlhand von der Quelle in den Glomeruli bis zur Hautoberfläche klar gelegt — eine genaue Parallele zu der mittelst Ölsäure bedingten Reduktion der Osmiumsäure an denselben Elementen der Haut.

Daſs die Oxydation des Rongalitweiſs auf der Oberfläche von Fuſssohle und Hohlhand nicht irgendwie mit der besonderen Dicke der Hornschicht zusammenhängt, beweist allein schon ein Vergleich mit der oft nur wenig dünneren Hornschicht der Knie und Ellbogen. Hier fehlt eben der Reichtum an Knäueldrüsen und demgemäſs die Oxydation sowohl des Rongalitweiſs wie des Chrysarobins; es kommt an diesen Stellen vielmehr die reduzierende Eigenschaft der Hornschicht — erkennbar durch Bläuung von Nilrot — zur Geltung. Die Oxydation auf Hohlhand und Fuſssohle ist mithin nicht nur durch anatomische, sondern auch durch physiologische Momente bedingt.

Ein zweiter Prädilektionsort der Chrysarobinoxydation ist bekanntlich das Gesicht, vor allem die Umgebung der Augen. Hier kommen natürlich neben den Knäueldrüsen auch die Talgdrüsen in hohem Maſse in Betracht; daher die hier besonders starke Oxydation von Rongalitweiſs wie vom Chrysarobin. Ähnlich ist es mit den Beugen (Kniebeuge, Achselhöhle, Genitalien usw.) im allgemeinen, während die Streckseiten besonders der Vorderarme und Unterschenkel sich viel weniger oxydierend erweisen. Überall geht die Oxydation der Leukofarbe mit der des Chrysarobins Hand in Hand.

---

[18] Interessant ist die Konstanz, mit der sich bei diesen Versuchen immer zuerst und am stärksten die äuſsersten Zellen eines jeden Fettläppchens bläuen und ganz besonders die an eine Knäueldrüse grenzenden. Analog schwärzen sich die so gelagerten Fettzellen auch am meisten mit Osmiumsäure. Offenbar enthalten diese am meisten Oleïn, die anderen Fettzellen mehr Stearin und Palmitin.

Wir können schliefslich alle Beobachtungen zusammenfassen in dem Schlusse: die Topographie der Chrysarobinoxydation auf der menschlichen Haut ist die Topographie der Ölsäure.

Ergebnisse.

1. Chrysarobin zeigt in Benzollösung ein Spektrum, charakterisiert durch zwei getrennte Streifen im Grün.
2. Chrysarobin liefert bei seiner Oxydation nicht nur Chrysophansäure, sondern noch zwei andere durch ihre Spektra ebenfalls wohlcharakterisierte Körper, das Oxychrysarobin und das Chrysaloxin; ersteres zeigt einen verwaschenen Streifen im Grün und einen im Gelb, letzteres einen dunklen Streifen im Rot.
3. Oxychrysarobin entsteht durch alkalifreie Oxydation des Chrysarobins mittelst Leinöl, Ölsäure, Bleioleat oder Benzoylsuperoxyd und weiter spontan in alkalifreien Chrysarobinsalben auf der Haut.
4. Chrysophansäure entsteht bei kurzer, Chrysaloxin bei lange fortgesetzter Oxydation des Chrysarobins unter Mitwirkung von basischen Substanzen.
5. Man kann Chrysarobin in Eisessiglösung durch Ammoniumpersulfat in Oxychrysarobin, durch Kalipermanganat in Chrysophansäure umwandeln.
6. Die Spektra geben ein gutes Mittel an die Hand, um die verschiedenen Oxydate des Chrysarobins, welche sich in Chrysarobinsalben und anderen Chrysarobinpräparaten auf der Haut spontan bilden, zu erkennen.
7. Alkalifreie Chrysarobinpräparate bilden auf der Haut Oxychrysarobin; diese Bildung ist auf das normale Vorhandensein von Ölsäure auf der Haut zurückzuführen.
8. Die dafür in Betracht kommende Ölsäure stammt an Hohlhand und Fufssohle lediglich aus den Ölsäuretröpfchen der Knäueldrüsen; dieselben haben eine oxydierende Wirkung, wie es sich durch Bläuung von Rongalitweifs in Hautschnitten beweisen läfst.
9. An anderen Körperstellen, besonders im Gesicht, stammt die Chrysarobin oxydierende Ölsäure aus den Knäueldrüsen und Talgdrüsen.
10. Die durch Reduktion von Osmiumsäure und durch Oxydation von Rongalitweifs auf Hautschnitten entstehenden Ölsäurebilder stimmen völlig überein.
11. Die Topographie der Chrysarobinoxydation auf der menschlichen Haut ist die der Ölsäureproduktion derselben.

Aus der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten der Wiener allgemeinen Poliklinik.
Vorstand: Dozent Dr. BRANDWEINER.

Zur Kenntnis der Psorospermosis DARIER.

Von

Dr. WILHELM LANDAU,
I. Assistent der Abteilung.

Seit DARIER und THIBAULT (12) im Jahre 1889 eine als „Hypertrophie générale du système sebacée“ beschriebene Hauterkrankung sowie zwei weitere auf BESNIERS (11) Abteilung beobachtete Fälle als Grundlage zur Aufstellung einer neuen Krankheitsform, der Psorospermosis follicularis vegetans, benutzten, sind etwa 45 Fälle dieser bis heute ätiologisch wenig erforschten und therapeutisch kaum zu beeinflussenden Krankheit veröffentlicht worden. Die letzte Publikation POEHLMANNS (24) über fünf Fälle von Psorospermosis DARIER ergänzte allerdings die Kenntnis dieses Krankheitsbildes durch den neuerlichen Hinweis auf die Bedeutung der Heredität für diese Erkrankung sowie auf die therapeutische Zugänglichkeit seiner Fälle. So bieten neue zur Publikation gelangende Fälle noch immer die Grundlage für klinische, ätiologische und therapeutische Erkenntnisse oder für spätere vergleichende Untersuchungen dieser immerhin seltenen Erkrankung, womit die Publikation eines auf unserer Abteilung beobachteten Falles von DARIERscher Erkrankung gerechtfertigt sei.

Aus der Krankengeschichte der 25jährigen Patientin Aloisia G., von Beruf Stubenmädchen, die am 30. Juni 1909 sub Prot.-Nr. 1397 in unsere ambulatorische Behandlung trat, sei folgendes angeführt: Die Eltern der Patientin leben und sind gesund. Von den Angehörigen leidet niemand an einer ähnlichen Erkrankung. Patientin hat zahlreiche Kinderkrankheiten, darunter Scharlach, Masern, Varicellen und vor 4$^1/_2$ Jahren Bauchfellentzündung durchgemacht. Die hier beschriebene Hautaffektion besteht seit fünf Jahren und blieb bisher unbehandelt. Patientin ist mittelgroſs, von kräftigem Knochenbau, entsprechend entwickelter Muskulatur und mäſsigem Panniculus adiposus. Am behaarten Kopfe finden sich diffus ausgebreitet weiſslichgraue, fettige Schuppen und stellenweise flache, linsengroſse, dunkelbraune, beim Darüberstreifen rauhe Knötchen. Der Haarwuchs ist dicht. Das Gesicht glänzt an der Stirn und Nase fettig. Auf letzterer sieht man erweiterte Follikel und vereinzelte Komedonen. Auf der Stirn und die Stirnhaargrenze um zwei Querfinger überschreitend, auf der behaarten Kopfhaut, ferner fast symmetrisch auf beiden Schläfen sieht man einen zusammenhängenden, schmutzigbraunen Herd,

der einen eigentümlich starken, fast ranzigen Fettgeruch verbreitet. Dieser Herd ist bis an den Rand von trocken-hornigen (bis 2 mm dicken) Auflagerungen bedeckt, die dem Herde ein drusig-warziges Aussehen verleihen und sich nur schwer von der Unterlage ablösen lassen. In der Peripherie des Herdes sowie hinter den Ohrmuscheln sieht man vereinzelte, braun pigmentierte, stecknadelkopfgroſse Knötchen, die von einem schwer ablösbaren, bräunlichen Hornkegelchen bedeckt sind. Nach Ablösung der hornigen Auflagerungen sieht man, daſs der groſse Stirnherd aus solchen dicht aggregierten Knötchen besteht. In der Nasenwangenfurche beiderseits ist je ein kleiner, hellergroſser, brauner Herd von derselben Beschaffenheit. Am Halse und am Stamme finden sich zerstreute, braun pigmentierte, von einem fettigen Hornkegelchen bedeckte Knötchen vor, die etwas zahlreicher an den vorderen Achselfalten und in den Achselhöhlen selbst, in der Sternalgegend und Rückenfurche sowie in beiden Inguinalgegenden und am mons Veneris angeordnet sind. Am dichtesten stehen die Knötchen unterhalb der Mammae, in der Nabelgegend und in einer der Schnürfurche entsprechenden, gürtelförmigen, vier Querfinger breiten Zone. Hier sieht man die Primärefflorenszenzen am besten in Form von stellenweise dichtgedrängten, stecknadelkopf- bis hanfkorngroſsen, schmutziggelben bis sepiabraunen Knötchen, von denen die gröſseren mit Auflagerungen bedeckt sind. Hebt man diese ab, so kommt man auf das rötliche, anscheinend gestichelte, etwas feuchte Rete. Die Auflagerung zeigt auf der Unterseite einen leicht zerreiblichen Fortsatz, der zapfenförmig in die darunterliegende, trichterförmige Einsenkung paſst. Die Haut zwischen den Knötchen ist leicht gerötet. An den Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten sieht man spärliche Knötchen von gleicher Beschaffenheit. Die Nägel sind an den Händen matt, nicht verdickt, längsgerieft, ebenso an den Zehen. Die tastbaren Drüsen ergeben normalen palpatorischen Befund. Die Schilddrüse weist keine Vergröſserung auf. Die Schleimhaut des Mundes ist frei. Die Untersuchung der inneren Organe, des Blutes, des Harnes ergibt nichts Abnormes. Die Intelligenz der Patientin ist normal. Zur histologischen Untersuchung wurde ein isoliertes Knötchen an der linken Seite des Abdomens (Schnürfurche) exzidiert. Das exzidierte Stück wurde in Müller-Formol fixiert und in steigendem Alkohol nachgehärtet. Die Einbettung erfolgte in Paraffin. Als Kern- und Protoplasmafärbung kamen Hämalaun-Eosin, polychromes Methylenblau zur Verwendung. Am schönsten lieſsen sich die corps ronds und grains nach van Gieson darstellen. Auf elastische Fasern und Fibrin wurde nach Weigert gefärbt.

Mit schwacher Vergröſserung betrachtet, erscheint die Epidermis in allen ihren Schichten verdickt. Das Rete Malpighii ist gewuchert, die Reteleisten sind verlängert, verbreitert und dringen, stellenweise fast recht

eckig begrenzt, tief gegen das Corium vor. Im verlängerten Papillarkörper sieht man eine kleinzellige Infiltration. Die Hornschichte ist verdickt, stellenweise gelockert. Die einzelnen Hornlamellen weisen teils normales Aussehen auf, teils sind sie aus abnorm verhornten Zellen zusammengesetzt, in welchen man deutlich Kerne sieht. In den unteren Schichten des Rete Malpighii sieht man stellenweise Lückenbildungen, welche degenerierte Zellen und Fibrin enthalten. Charakteristische Veränderungen weisen die oberen Schichten des Stratum filamentosum und Stratum granulosum auf. Das in flachen Wellen verlaufende Stratum granulosum erscheint verbreitert. Die einzelnen Zellen sind vergröſsert, rundlich bis polygonal, die Kerne gut tingiert, die Keratohyalingranula auffallend groſs. Zwischen den Zellen des Stratum granulosum, besonders an der Grenze gegen die Hornschichte, sieht man an einigen Stellen die früher für die Erkrankung für charakteristisch gehaltenen Darierschen Körperchen. Sie stellen sich als runde Gebilde mit scharf begrenztem Kerne und körnigem Protoplasma, sowie doppelt lichtbrechender Membran dar. Zwischen den Schichten eines Hornzapfens sieht man einige runde, eiförmige, lichtbrechende Körner — die als grains bezeichneten Gebilde. Neben diesen Veränderungen beobachtet man stellenweise in der Basalzellenschicht Vermehrung des Pigmentgehaltes. Im Corium sieht man, besonders in der Höhe der verlängerten Papillen, spärliche Rundzelleninfiltration. Veränderungen an den Gefäſsen der Papillen und des subpapillaren Gefäſsnetzes fehlen; ebenso weisen die elastischen Fasern, die Talgdrüsen, die tiefen Follikel, die Schweiſsdrüsen keinen pathologischen Befund auf.

Von Interesse war ein akuter Nachschub von frischen Effloreszenzen, den wir in der Zeit vom 1. bis 15. November an der Patientin beobachten konnten. Da nur wenige Autoren, wie Schweninger und Buzzi (28), Janovsky (17), Jarisch (18), Kreibich (31) und Bukovsky (8) in der Lage waren, das Entstehen der Primäreffloreszenzen zu beobachten, erscheint es gerechtfertigt, darauf besonders hinzuweisen. Die Patientin muſste gelegentlich einer Übersiedlung schwere physische Arbeit leisten und geriet dabei in starke Transpiration. Sie klagte über Mattigkeit, Muskelschmerzen, gesteigerte Schweiſssekretion an der behaarten Kopfhaut, an Brust und Rücken, den Händen und Achselhöhlen. Gleichzeitig traten Schwellung der Hals- und axillaren Drüsen auf, von denen die letzteren die Gröſse einer Wallnuſs erreichten. Auf der Brust konnte man zahlreiche linsengroſse, ziemlich streng umschriebene, lebhaft rote Knötchen sehen, die nach einigen Tagen das Hautniveau deutlich überragten und einen urticariaähnlichen[1] Aspekt dar-

---

[1] Bei einer zweiten im Juli zur Beobachtung gelangten Patientin sahen wir auf der Haut des Abdomens zahlreiche hirsekorngroſse, hellrote, stellenweise mit Krüstchen

boten. Die Haut zwischen den einzelnen Effloreszenzen war leicht gerötet.

Eine Woche nach der Eruption war das Zentrum dieser Effloreszenzen bereits eingesunken und zur Schuppenborke umgewandelt. Einzelne Effloreszenzen wiesen noch einen roten Hof auf, während bei anderen an Stelle des roten Hofes eine schmutziggelbe Färbung sichtbar wurde. Die Angabe der Patientin, dafs die einzelnen ersten und späteren Knötcheneruptionen stets im Zusammenhange mit starker Schweifsbildung erfolgt waren, sahen wir nun bei diesem akuten Nachschube bestätigt.

Die Therapie bestand in der Applikation von 10 %iger Schwefel-Zinkpasta, 2 %iger Resorcinpasta, 5 %iger Lebertran-Zinkpasta, Seifenspiritus. Es konnten die borkigen Auflagerungen an der Stirn und der behaarten Kopfhaut zum Schwinden gebracht werden. Zu einer eingreifenderen Therapie mit dem Thermokauter konnte die Patientin nicht bewogen werden.

Vergleichen wir das Entstehen der Primäreffloreszenzen in diesem Falle mit den von den anderen Autoren gelieferten Beschreibungen, so ergeben sich wesentliche Unterschiede. So geben Schweninger und Buzzi (28), Jarisch (18) an, dafs sich zunächst linsengrofse, stark juckende und ziemlich streng umschriebene Flecken entwickelten, welche durch einige Zeit stationär blieben und erst späterhin die charakteristischen Erscheinungen der Hyperkeratose aufwiesen. Janovsky (17) konnte bei den an seiner Klinik beobachteten Fällen manchmal sehen, dafs an denjenigen Stellen, wo sich später die charakteristischen Primäreffloreszenzen entwickelten, leichte Rötungen bestanden, welche flüchtiger Natur waren oder persistierten und erst langsam schwanden, bis sich eine herdförmige Hyperkeratose ausgebildet hatte. Die von Jarisch (18) betonte Erscheinung, dafs die ausgebildete Effloreszenz einen deutlich lebhaft roten Hof erkennen läfst, konnte auch er bestätigen, jedoch ist dieser Halo blofs im Beginne deutlich, späterhin verschwindet die Rötung und die ausgebildeten Effloreszenzen lassen meist keinen Halo mehr erkennen.

Ein durch Steigerung der Entzündungserscheinungen bis zur Bläschenbildung vom Typus stark abweichendes Entstehen der Effloreszenzen beschreibt Bukovsky (6). Die Erkrankung entsteht unter dem Bilde einer oberflächlichen, begrenzten Hautentzündung in Form von flachen, papulösen Effloreszenzen. Die Papeln weisen alle Anzeichen einer Entzündung auf

---

bedeckte Knötchen, die den Effloreszenzen des Lichen urticatus glichen und uns auch zur Annahme dieser Diagnose veranlafsten. Nach drei Monaten wurde die Patientin von Schramek in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstriert, wobei man die inzwischen erfolgte Umwandlung der Knötchen in typische Primäreffloreszenzen der Psorospermosis beobachten konnte. Die richtige Diagnose war nur durch histologische Untersuchung ermöglicht worden.

und sind an ihrer Oberfläche nur mit einer ganz dünnen Schuppe bedeckt. Ihre Lokalisation beschränkt sich nicht nur auf die Haarfollikel. Die einzelnen Papeln bestehen als solche durch längere Zeit ohne klinisch wahrnehmbare Veränderungen oder sie wandeln sich in Bläschen mit einer klaren oder milchig getrübten Flüssigkeit um. Nach Entfernung der Bläschendecke erscheint eine nässende Fläche, welche sich durch Vereinigung mit anderen oder durch mechanische, äufsere Einflüsse vergröfsert. Die Papeln, welche dieser Transformation nicht unterliegen, verschwinden entweder nach längerer Zeit ohne Veränderung oder sie fliefsen in einen zusammenhängenden Hautwall zusammen, welcher von einer stärkeren, brüchigen, jedoch nicht ablösbaren Hornschicht bedeckt ist.

In einem von Kreibich (31) beschriebenen Falle liefsen sich die frischesten Effloreszenzen nicht ohne weiteres mit den bekannten Primäreffloreszenzen vergleichen; die meiste Ähnlichkeit zeigten sie noch mit den Veränderungen der neurotischen Hautgangrän, insofern sie als kleinste erythematös-urticarielle Knötchen oder Bläschen in Erscheinung traten. Ihre Farbe ist anfangs blafsrosa, ihre Begrenzung undeutlich; treten mehrere an einer Stelle auf, so gehen die Höfe ineinander über und die Stelle sieht aus wie Brennesselurticaria nach einer Stunde, insofern sich im Zentrum der rötlichen, undeutlich begrenzten Flecke stecknadelkopfgrofse Knötchen oder Bläschen erheben. Das Zentrum dieser Knötchen und Bläschen sinkt ein und wird zur Borke, die je nach der stärkeren oder schwächeren Exsudation vom Rande der Knötchen oder von einem äufserst feinen Bläschenwall umgeben ist. Die zosterähnlichen Effloreszenzen dieses (und eines zweiten gleichen) Falles veranlassen Kreibich, die Psorospermosis Darier als eine angioneurotische Affektion aufzufassen.

Vergleichen wir das Entstehen der Primäreffloreszenzen in unserem Falle mit den von den anderen Autoren gelieferten Beschreibungen, so ergibt sich im Beginne eine Ähnlichkeit mit dem Falle von Bukovsky (6), nur steigern sich die Entzündungserscheinungen nicht bis zur Bläschenbildung; der weitere Verlauf gleicht den von Kreibich beschriebenen Fällen, indem das Zentrum der papulösen Effloreszenzen einsinkt und zur Schuppenborke wird. Ein Vergleich des Entstehens der Effloreszenzen in den von den einzelnen Autoren (einschliefslich unserer Beobachtung) beschriebenen Fällen erweist das Prävalieren der entzündlichen Erscheinungen im Beginne der Effloreszenz, entgegen der Annahme, dafs es sich bei der Psorospermosis Darier nur um einen rein keratotischen Prozefs handle, der entweder keine oder nur unbedeutende entzündliche Symptome aufweise. Ja diese Entzündungserscheinungen können sich (wie in den Fällen von Bukovsky [8], Kreibich [31]) bis zur Bläschenbildung steigern und die Bildung von Hornmassen kann selbst auf dem Höhepunkte der Entwicklung ausbleiben (Bukovsky [8]).

Literatur.

1. AUDRY und DALOUS, DARIERsche Krankheit. *Journ. des malad. cut. et syph.* November 1904. Ref. *Derm. Zeitschr.* 1905. S. 606.
2. BETTMANN, Über DARIERsche Krankheit. *Münch. med. Wochenschr.* 1899. S. 907.
3. BOECK, C., Vier Fälle von DARIERscher Krankheit. *Arch f. Derm. u. Syph.* 1891.
4. Derselbe, Über Psorospermosen. Verh. d. II. intern. derm. Kongr. Wien 1892.
5. BOWEN, Keratosis follicularis. *The Boston Med. and Surg. Journ.* Januar 1891.
6. BUKOVSKY, J., Psorospermosis follicul. veget. DARIER. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905. Bd. 75.
7. BUZZI und MIETHKE, Über die DARIERsche Dermatose. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII, S. 9.
8. BUKOVSKY, J., Psorospermosis follicularis cutis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905. Bd. 75.
9. CASPARY, Über einen Fall von DARIERscher Krankheit. *Festschr. f. Kaposi.* 1900.
10. DARIER, De la Psorosperm. folliculaire végétante. *Ann. de derm. et syph.* 1889. Nr. 7.
11. DARIER und THIBAULT, Observation clinique sur psorospermose folliculaire vegetante. Paris. Ref. in *Virchow-Hirschs Jahresber.* 1889. II., S. 625.
12. DARIER und HALLOPEAU, Sur un nouveau cas de maladie de DARIER. *Ann. de derm. et syph.* 1896.
13. DOCTOR, Über das Verhältnis der DARIERschen Krankheit zur Ichthyosis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898
14. EHRMANN, Ein Fall von sog. Psorospermosis follicularis cutis (DARIER) in der zweiten Generation. *Wiener med. Presse.* 1901.
15. FASAL, Ein Fall von DARIERscher Krankheit. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 74.
16. HUTCHINSON jun., Über Psorospermien und Hautkrankheiten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892.
17. JANÓVSKY, Psorospermosis follicul. veget. *Mračeks Handb. d. Hautkrankheiten.*
18. JARISCH, Zur Kenntnis der DARIERschen Krankheit. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. 31.
19. LUSTGARTEN, On psorospermosis follicularis. *Journ. of cut. and genito-urin. dis.* 1891.
20. MANSUROFF, Über Psorospermosis. IV. Kongreſs russischer Ärzte in Moskau. 1891.
21. MERK, Über Psorospermien. Vortrag, gehalten am 10. April 1893 im Verein der Ärzte von Steiermark.
22. NEISSER, A., Über den gegenwärtigen Stand der Psorospermosislehre, mit mikroskopischer Demonstration. Verh. d. Dtsch. derm. Ges. III. Kongreſs. 1891.
23. PAWLOFF, Zur Frage der sog. Psorosperm. follicul. végét. DARIER. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893. Bd. 25.
24. POEHLMANN, Fünf Fälle von Psorospermosis DARIER. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 97, 2 H., S. 195.
25. RAVOGLI, Psporospermosis cutis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. 18.
26. RILLE, J. H., Über Acanthosis nigricans und DARIERsche Psorospermosis. 68. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Frankfurt a. M. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 37.
27. SACHS OTTO, Psorosperm. follicul. DARIER. *Wien. med. Wochenschr.* 1906. I.
28. SCHWENINGER und BUZZI, Zwei Fälle DARIERscher Dermatose. *Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten.* 1892. Heft 8.
29. TÖRÖK, Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892.
30. UNNA, *Histopathologie der Hautkrankheiten.* 1894.
31. KREIBICH, Zum Wesen der Psorospermosis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 80, S. 367.

Aus Dr. DREUWS Poliklinik für Haut- und Harnleiden.

Über epidemische Alopecia.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. DREUW-Berlin.

Mit einer Abbildung im Text.



a) Kleiner Herd.
b) Groſser Herd.
c) Wie zerzupft aussehender Herd.
d) Ein Herd, der entsprechend einer Narbe verläuft. In der Mitte ist die Narbe noch sichtbar und fühlbar.

Am 1. Juni 1910 wurden meiner Poliklinik von dem behandelnden Arzte des israelitischen Kinderhortes, Dr. FRIEDLÄNDER, drei Fälle von Alopecia circumscripta überwiesen, die mir wegen ihrer eigentümlichen Form auffielen. Weitere Untersuchungen ergaben, daſs im Kinderhort etwa 30 von 40 Knaben an einer Erkrankung der behaarten Kopfhaut litten, die sich darin dokumentierte, daſs am Hinterkopf und an den seitlichen Partien des Kopfes sowie an der Stirn- und Parietalgegend des Kopfes unregelmäſsig gestaltete weiſse oder grauweiſse kahle Stellen vorhanden waren. Kreisrunde Formen, wie sie bei der Alopecia areata angetroffen werden, waren seltener, meist nur in den Anfangsstadien zu konstatieren. Folgende Charakteristika (Fig. 1) sind bemerkenswert: Kleine, erbsengroſse (a) bis höchstens 3 bis 4 cm lange (b) weiſse oder grauweiſse, im Anfangsstadium hirsekorngroſse, rundliche (c), im späteren Stadium mehr spindelförmige, dreieckige, vier- und fünfeckige haarlose Flecken mit abgerundeten Ecken. Die Abgrenzung gegen die behaarte Umgebung ist nicht so scharf wie bei der Alopecia areata, auch konfluieren

die einzelnen Flecken selten. Die weifsen und grauweifsen Flecken fühlen sich leicht derb und glatt an. Die Haarstümpfe sowohl in der Mitte als auch an der Umgrenzung der Flecke haben weder die Form eines Ausrufungszeichens, noch eine fragezeichenähnliche Krümmung. In der Mitte des Herdes sind sie zum Teil als schwarze (Fig. 1b), die weifse Ebene kaum überragende Punkte noch zu sehen, zum Teil sind die Haarstümpfe vollständig geschwunden. (Fig. 1c.)

Die einzelnen abgebrochenen Haare lassen die bei der Mikrosporie auch in situ sichtbare weifse Scheide vermissen. Zieht man dagegen das Haar mit einer Pinzette aus, so sieht man in der Regel eine dasselbe umgebende weifslich graue Scheide, die namentlich gegen die Haarspitze zu scharf und rechtwinklig abgegrenzt ist. Entzündungserscheinungen der umgebenden Haut fehlen vollständig. Die Krankheit befällt Kinder im Alter von 5—14 Jahren, namentlich Knaben. Bei Mädchen habe ich sie nicht beobachten können. Die Alopecia beginnt mit einem kleinen hirsekorngrofsen kahlen Fleck von rundlicher, ovaler oder auch spindelförmiger Gestalt. Hier und da sind einige fest anhaftende Schuppen vorhanden. Eine totale, den ganzen Kopf betreffende Alopecie wurde nicht beobachtet. Hauterkrankungen fehlten vollständig. In zwei Fällen wurde neben den beschriebenen typischen Flecken ein etwa Zweimarkstück grofses, nässendes, mit Borken bedecktes Ekzem festgestellt. Beim Ausziehen des Haares bleibt der Bulbus häufig in der Tiefe sitzen. Die oben erwähnte weifse Scheide besteht aus verändertem und erweichtem Keratin. Jucken war kaum vorhanden, soweit man bei Kindern eine objektive Untersuchung nach dieser Richtung hin anstellen kann. Die Haare der Umgebung sind leicht gelichtet, so dafs die Umgrenzung des Herdes wie angenagt und gerupft aussieht. Manchmal befinden sich auch in der Mitte des Herdes noch Reste von Haaren.

Die von mir angestellten mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen ergaben, dafs sowohl innerhalb des Haares als auch aufserhalb desselben weder Mycel noch Sporen anzutreffen waren. Folgende vier Untersuchungsmethoden kamen zur Anwendung:

1. Kalilauge.
2. Antiformin (20%ig).
3. Färbung mit Karbolfuchsin und nach Gram.
4. Kulturversuche.

Die Kulturversuche wurden sowohl in der von mir angegebenen feuchten Kammer („*Centralblatt für Bakteriologie*“ 1904. Bd. 36, Nr. 5[1] und „*Medizinische Klinik*“ 1905. Nr. 51[2]) nach dem Plautschen

[1] Dreuw, Vereinfachtes anaerobes Plattenverfahren.

[2] Dreuw, Neuere Methoden zur bequemen Kultur von Schimmel- und Spaltpilzen und zur Mikrophotographie derselben.

Insituverfahren gemacht als auch nach der LINDNERschen Federstrichmethode („*Medizinische Klinik*“ 1905. Nr. 51[2] und „*Monatshefte für praktische Dermatologie*“ 1903. Bd. 36, S. 341) gemacht.

Die Versuche, auf festen und flüssigen Nährböden einen etwaigen Erreger zu züchten, ergaben ein negatives Resultat.

Weder in den Kulturen, noch im Inneren des Haares, noch aufserhalb desselben fanden sich Mycelien oder Sporen.[3] Manchmal fehlt die beschriebene weifsgraue Scheide beim ausgezogenen Haar. Man sieht dann eine breiartige Erweichung der Zellen des Bulbus und des Halses, so dafs Haare, die man auf ein Stückchen Papier legt, nach einigen Stunden vollständig festgeklebt sind.

Was nun die Differentialdiagnose betrifft, so ist Mikrosporie und Trichophytie nach dem mikroskopischen und bakteriologischen Befund ohne weiteres auszuschliefsen. Es mufs sich also um eine epidemisch auftretende Haarerkrankung handeln, die der Alopecia areata ähnlich, wenn auch nicht identisch mit ihr ist, denn sowohl das Nichtkonfluieren als die wenig scharfe Begrenzung in der nicht runden, sondern mehr rundeckigen Umgebung, ferner auch die relative Kleinheit der einzelnen Flecken und die mehr weifse Farbe unterscheiden diese Erkrankung von der Alopecia areata. Namentlich das epidemieartige Auftreten kommt in Betracht. Soweit ich die Literatur verfolgen konnte, ist eine kleinfleckige bei so vielen Kindern einer Schule auftretende Epidemie von Alopecie in Deutschland noch nicht beobachtet worden, während von französischen Forschern ähnliche Erkrankungen erwähnt werden. Im Hinblick auf die kleinfleckige Anordnung möchte ich die Erkrankung als Alopecia parvimaculata benennen, eine Bezeichnung, die natürlich lediglich die Morphologie, nicht aber die Ätiologie erklärt, worüber weitere Untersuchungen noch Aufschlufs geben müssen.

Dafs es sich um eine epidemisch auftretende Alopecie handelt, geht daraus hervor, dafs

1. beinahe alle Knaben des Kinderhorts erkrankt waren,
2. dafs die Vorsteherin des Kinderhorts mir erklärte, dafs sie noch vor acht Tagen bestimmt bei verschiedenen Knaben keine Flecken bemerkt hätte, die nunmehr eine grofse Menge von kahlen Stellen aufwiesen,
3. dafs der behandelnde Arzt, Dr. Friedländer, der die Kinder früher regelmäfsig untersucht hat, ebenfalls Flecken des behaarten Kopfes nicht bemerkt hat.

Ob, wie es mir wahrscheinlich erscheint, das gehäufte Auftreten auf

[3] Herrn Dr. PLAUT erlaube ich mir an dieser Stelle für die freundliche Unterstützung und die von ihm angestellten Kulturversuche meinen verbindlichen Dank abzustatten, ferner Herrn Dr. FRIEDLÄNDER für die Überweisung der Fälle.

direkte Ansteckung durch uns bisher unbekannte Parasiten (parasitäre Theorie) oder auf Nervenveränderungen (trophoneurotische Theorie) zurückzuführen ist, läſst sich zur Zeit noch nicht entscheiden.

Die Knaben des Kinderhortes verteilen sich auf die verschiedensten Gemeindeschulen Berlins. In der Tat wurden mir aus den verschiedensten Gemeindeschulen und auch von einem Gymnasium und einer Realschule Kinder zugewiesen, die die beschriebenen multiplen Flecken einer Alopecia parvimaculata aufweisen. Die Eltern des Realschülers berichteten mir, daſs er zunächst nur einen Fleck gehabt hätte und daſs in den letzten vier Wochen die anderen kleinen Flecken hinzugekommen wären. Nach dem Kurzschneiden der Kopfhaare zeigten sich im ganzen 13 kleinere Herde und in der Mitte ein etwa zweimarkstückgroſser Ausgangsherd.

Viele der mir zugeführten Patienten auch aus anderen Schulen als dem Kinderhort waren Israeliten. Auf diese Prädilektion machte mich namentlich Plaut aufmerksam, der ebenfalls in Hamburg bei einer ähnlichen Epidemie in einem israelitischen Waisenhause diese Prädilektion konstatieren konnte. Auch die aus anderen Schulen mir zugeführten Kinder waren zum gröſsten Teil Israeliten. Ein Arbeiter von 15 Jahren ebenfalls. Es war dies bisher der einzige Fall, den ich bei einem älteren Knaben beobachten konnte.

Möglicherweise spielen bei einer Übertragung der Alopecie Rasseneigentümlichkeiten eine gröſsere Rolle. Denn wie soll man sich, abgesehen von klimatischen Verhältnissen, das häufige Vorkommen z. B. der Mikrosporie in Frankreich im Vergleich zu Deutschland sonst erklären? Auch der Umstand, daſs von der Mikrosporie z. B. ebenso wie von der Alopecia parvimaculata hauptsächlich Schüler, dagegen kaum Erwachsene befallen werden, weist darauf hin, daſs eine gewisse Prädisposition der Haut vorhanden sein muſs, indem die jugendliche Epidermis vielleicht wegen ihrer geringeren Verhornung und der Zartheit der Epidermis einen besseren Nährboden bildet. Nimmt man diese Disposition an, so ist auch eine Erklärung dafür gefunden, daſs z. B. bei der Alopecia areata in der Regel keine Übertragung stattfindet, während in von mir sicher beobachteten Fällen eine Übertragung auch der Alopecia areata konstatiert werden konnte. So konnte ich die Beobachtung machen, daſs alle drei Kinder eines Friseurs an Alopecia areata erkrankten. Noch vor einigen Tagen untersuchte ich einen Fall von Alopecia areata bei einer Dame, die auf einem Bureau neben einem an Alopecia areata erkrankten Herrn saſs.

Nachschrift: Seit Einsendung des Manuskripts habe ich Gelegenheit gehabt, noch weitere 60 Schüler zu untersuchen. Am 16. Juni 1910 wurden mir von dem Schularzte Dr. Rau 45 an Alopecia leidende Kinder

allein aus der 9. Gemeindeschule überwiesen, während in einigen anderen Schulen von diesem Schularzte keine Fälle von Alopecie eruiert werden konnten. 30 von den 45 Fällen wiesen alle Symptome der beschriebenen Alopecia parvimaculata auf. Wie ich feststellen konnte, waren gerade in der 9. Gemeindeschule verschiedene Schüler aus dem Kinderhort. Die mikroskopischen und kulturellen Untersuchungen über diese Fälle stehen noch aus.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 5.

1. **Beitrag zur Pathogenese der akuten, postinfektiösen, herpetiformen Exantheme,** von Ernst Pflugbell-München. Nach einem zusammenfassenden Referat über die bisher beschriebenen Fälle von universellen herpetiformen, im Verlaufe von Infektionskrankheiten beobachteten Exanthemen berichtet Pfl. über eine derartige Hautaffektion, die bei einer Prostituierten mit Rachendiphtherie am vierten Krankheitstage aufgetreten ist und mit Rückgang der diphtheritischen Symptome sich zurückbildete. Der Inhalt frischer Bläschen liefs im Ausstrich keine bakteriellen Elemente erkennen, Kulturen blieben steril. Auch in sechs der von anderen Autoren publizierten Fällen sind die Hauteruptionen im Verlaufe von Diphtherien entstanden, von den übrigen Fällen sind vier bei Blennorrhöen, zwei bei Meningitis, einer bei Malaria, einer im Anschlufs an einen Abscefs am Daumen und sechs bei fieberhaften, typhusartigen Allgemeinerkrankungen — vielleicht septischen Infektionen — zur Beobachtung gelangt. Mikroorganismen wurden in den herpetiformen Effloreszenzen nur selten nachgewiesen: Diphtheriebazillen und Streptokokken wurden je einmal, Meningokokken zweimal gefunden, in einem Falle enthielten die Bläschen neben Staphylococcus pyogenes aureus Malariaplasmodien. Dieser letztere Befund spricht dafür, dafs die postinfektiösen herpetiformen Exantheme, die bisher zumeist als Angioneurosen oder Toxinwirkungen erklärt wurden, durch metastatische Einschleppung der Infektionserreger von dem primären Herd aus verursacht werden. Die herpesartige Anordnung der Effloreszenzen ist wenigstens in einem Teile der Fälle auf neuritische Veränderungen zurückzuführen; in dem Falle Pfls. war zweifellos eine periphere Polyneuritis der sensiblen Fasern vorhanden.

2. **Neue Gesichtspunkte in den prinzipiellen Fragen der Lichttherapie. (Kurzwellige Lichtstrahlung),** von Frank Schultz-Berlin. Man nahm bisher als feststehend an, dafs die ultravioletten Lichtstrahlen in den obersten Zellschichten der Haut absorbiert werden und dafs die blauvioletten Strahlen tief in die Cutis eindringen und ebenso wie die ultravioletten imstande sind, lebendes Protoplasma zu reizen und sogar aufzulösen. Versuche, die Sch. angestellt hat, haben jedoch ergeben, dafs in der normalen menschlichen Haut durch blauviolette Strahlen allein auch bei grofser Intensität und langer Einwirkungsdauer keinerlei klinisch nachweisbare Veränderung entsteht, die mit der sogenannten Tiefenwirkung des Lichtes zu vergleichen wäre. Auch die Kompression und die durch sie erzielte Anämisierung ist für die

Tiefenwirkung nicht erforderlich; sie ist bei der Finsenbehandlung nur wegen der Wärmeführung des konzentrierten Kohlenbogenlichtes notwendig. Die Art der entzündlichen Reaktion der menschlichen Haut auf Lichteinwirkung hängt lediglich davon ab, wie lange die ultravioletten Strahlen einwirken und wie grofs die Intensität dieser Strahlung in jedem Moment der Belichtung ist. Die Penetrationsfähigkeit des ultravioletten Lichtes ist nach den Ergebnissen weiterer Versuche SCHs. für menschliche und tierische Haut weit stärker als bisher angenommen wurde; sie ist die alleinige Ursache der Tiefenwirkung des Lichtes. Bei der Wirkung derjenigen Lichtquellen, bei welchen eine starke Tiefenwirkung von einer nur schwachen Oberflächenwirkung begleitet wird, kann man sich wie bei der Insolation die ganze Reaktion hervorgerufen denken durch Beeinflussung des Papillarkörpers durch ultraviolette Strahlen; der Papillarkörper wäre also der Hauptangriffspunkt für die Lichttherapie. — Inwieweit die Anschauungen SCHs. und die Ergebnisse seiner Versuche sich praktisch für die Lichtbehandlung verwerten lassen, mufs, wie SCH. selbst zum Schlusse hervorhebt, erst eine gröfsere Zahl von Beobachtungen lehren.

3. **Über die angebliche Brauchbarkeit des chlorsauren Kali für die Serodiagnose der Syphilis,** von F. HAYN- und A. SCHMIDT-Würzburg. Die Verfasser haben die von L. BRIEGER und H. RENZ (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 50) aufgestellte Behauptung, dafs bei der WASSERMANNschen Reaktion der Kaninchen-Hammelblutambozeptor durch eine Lösung von chlorsaurem Kali ersetzt werden könne, einer eingehenden Nachprüfung unterzogen. Aus ihren Untersuchungen geht hervor, dafs der Ausfall der von BRIEGER und RENZ angegebenen Anordnung zur Serodiagnose der Syphilis abhängig ist von dem Vorhandensein oder Fehlen der natürlichen, im menschlichen Serum in der Regel vorhandenen Hammelblutambozeptoren und dafs die Verwendung von Kalium chloricum dabei ohne Bedeutung ist.

Götz-München.

Lepra.

Bibliotheca internationalis.

Band IX, Heft 2.

IV. **Untersuchungen über die Übertragung der Lepra,** von E. MARCHOUX und G. BOURRET. Die Verfasser sprechen sich gegen die Wahrscheinlichkeit der Lepraübertragung durch Insekten aus.

V. **Weitere Beobachtungen über WASSERMANNs Serumreaktion bei Lepra,** von HALVAR ÅKEBERG, JOHAN ALMKVIST und J. JUNDELL. Die kontrollierten und korrigierten Ergebnisse der Verfasser zeigen, dafs die Lepra nicht öfter als in etwa 15% der Fälle die typische für Syphilisserum charakteristische Komplementbindungsreaktion gibt.

VI. **Jahresbericht über das städtische Leprosorium zu Riga pro 1908,** von R. BIEHLER-Riga. Im Laufe des Jahres 1908 wurden 99 Leprakranke verpflegt; acht von ihnen starben. Davon hatten sieben an Lepra tuberosa, einer an Lepra nervorum gelitten. Über die angewandte Nastinbehandlung, die zum Teil mit Oleum gynocard. kombiniert wurde, zieht der Verfasser kein abschliefsendes Urteil.

VII. **Über die Verwendung des Antiformins als Anreicherungsmittel beim bakterioskopischen Nachweis von Leprabazillen,** von UHLENHUTH und STEFFENHAGEN-Berlin. Durch Vorbehandlung der Sputa Lepröser mit schwachen, durchschnittlich 5—10%igen Antiforminlösungen wurden im Schleim zum grofsen Teil Begleitbakterien und zellige Bestandteile aufgelöst, die Leprabazillen aber nicht ergriffen. Nach sorgfältiger Zentrifugierung der Antiform-Sputagemische konnten von

elf Fällen bei sechs im Sediment Bazillen nachgewiesen werden, während im gewöhnlichen Ausstrichpräparat keine nachweisbar waren. Bei den übrigen fünf Fällen war die Zahl der Bazillen nach der Antiforminbehandlung reichlicher als vorher. 25%ige Lösungen wirkten bei den untersuchten Fällen auf die Bazillen lösend.

Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dafs schwache Antiforminlösungen sich als Anreicherungsmittel für den bakterioskopischen Nachweis der Leprabazillen im Auswurf und Nasenschleim eignen.

VIII. **Lepraliteratur für das Jahr 1909.** Zusammengestellt von Otto Hamann-Berlin.

IX. **Bericht über den gegenwärtigen Stand der Lepra in Kamerun, Westafrika, mit Beitrag zur Nastintherapie,** von H. Ziemann - Kamerun. Das vorher vom Verfasser beobachtete günstige Resultat der Nastintherapie mufs nach einer weiteren fünfmonatigen Behandlungszeit erhebliche Einschränkung erfahren. Bei einigen Fällen blieb der Zustand stationär, bei anderen traten Verschlimmerungen auf. Es schien sich eine Art Immunität gegen Nastin herauszubilden.

Schourp-Danzig.

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Mai 1910.

Das elastische Gewebe der Haut, von Charles J. White-Boston. (Fortsetzung und Schlufs.) Die ausführliche Arbeit beschreibt in ihrem ersten Teile (Aprilnummer des *Journal*) die Embryologie und Physiologie des elastischen Gewebes sowie die zu seiner Darstellung gebräuchlichen Färbemethoden und im zweiten Teil bringt sie der Reihe nach fast sämtliche Hautkrankheiten in ihrem Verhalten zum Elastin. Embryologisch entwickelt sich das elastische Gewebe aus dem Exoplasma, es wurde schon bei 4 cm langen Embryonen in der Aorta nachgewiesen und kann regelmäfsig bei solchen von 22 cm Länge in der Haut durch kombinierte Färbemethoden nachgewiesen werden. Bezüglich der Physiologie des elastischen Gewebes sei erwähnt, dafs dasselbe als Regulator der Haut in Verbindung mit dem Muskelsystem wirkt und eine Art Gegenwirkung gegen Druck und Dehnung der Haut hat; es kontrolliert auch die Drüsensekretion und Blutzirkulation und nimmt teil an der Ernährung und dem Gasaustausch. Veränderungen des elastischen Gewebes bilden einen Mafsstab für die vollständigen Beschädigungen der Haut, wodurch das Studium des Elastins zu einem sehr wichtigen bei unseren pathologischen Forschungen sich gestaltet. Es werden nun die verschiedenen Teile des Körpers, welche auf Elastin untersucht worden sind, beschrieben: behaarter Kopf, Achselhöhle, Brust, Rücken, Bauch, Palma manus, Oberschenkel, Fersen. Von den Färbemethoden zieht Wh. jene mit Orceinsäure (zwölf Stunden oder länger) vor, während im allgemeinen die Hämatoxylin-Eosin-Methode die besten Bilder geben soll. Krankheit bewirkt selten Vermehrung des Elastins, vielmehr meist Verlust an solchem, und zwar nach Verfassers Untersuchungen in dem wechselnden Prozentsatz von 5 bis 95. Elastin ist gegen Druck widerstandsfähig, nicht so sehr aber gegen chemische Einflüsse, mit anderen Worten sind toxische Produkte die Hauptquelle der Gefahr für diese Gewebsart. Elastin verschwindet völlig aus dem Granulationsgewebe, kehrt aber mit dem neuen Bindegewebe, wenn die Zelleninvasion aufgehört hat, zurück; ebenso verschwindet es mit dem Vordringen von carcinomatösen und anderen Neubildungen in das Corium, aber Fragmente von Elastin und Elacin können von rasch sich vermehrenden Epithelzellen umgeben und darin eingeschlossen sein. Röntgenstrahlen haben die Tendenz, die Elastinmenge zu vernichten, aufser bei vorhandener Infiltration und Ulceration. Obliteration eines

Gefäfses bedeutet Elastin-Verminderung oder -Verlust. Elacin kommt hauptsächlich bei Leuten nach dem mittleren Lebensalter und an exponierten Hautoberflächen vor, kann aber auch in jungen Jahren auftreten. Unter den von WHITE aufgeführten 317 Beispielen verschiedenartiger Dermatosen kam es in 23, d. i. 7%, vor, und zwar zum gröfsten Teil bei Entzündungen und Neubildungen.

Vorläufiger Bericht über einen Fall von multiplem cystischen Epithelioma und multiplem Fibroma an ein und demselben Patienten, von WOOD RUGGLES-Rochester N. Y. Es handelte sich um ein zwölfjähriges Mädchen, bei welchem die ersten Erscheinungen des Hautleidens im Alter von sechs bis sieben Jahren aufgetreten waren. Die ganze Nase, mit Ausnahme etwa des oberen Viertels, war völlig mit so nahe aneinander sitzenden, kleinen, leicht beweglichen Tumoren besetzt, dafs normale Haut kaum mehr fühlbar war; diese Tumoren waren von der Gröfse eines Stecknadelkopfes bis etwa 1 cm im Längendurchmesser. Verschiedene kleine, isolierte Geschwülste waren im Gesicht und eine von etwa ³/₄ cm Breiten- und Höhenmafs auf der Oberlippe, einige wenige isolierte Tumoren safsen auf Stirn und Kinn und eine gröfsere (von etwa 1¹/₂ cm im Durchmesser) am behaarten Kopf, der einzige mit einem langen Stiel versehene. Die Konsistenz der Tumoren war eine ziemlich feste, die überliegende Haut normal; keine Teleangiektasien; Beschwerden oder Schmerzen waren nicht vorhanden. Klinisch war es nicht möglich, zwischen multiplen Fibromen, Adenoma sebaceum und multiplem, gutartigen Cystenepitheliom die Unterscheidung zu treffen, und erst die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose Fibrome. R. glaubt, dafs dies der erste Fall sei, wo multiples, gutartiges Cystenepitheliom und multiple Fibrome zusammen vorkamen, ebenso kam er in einer viel früheren Lebenszeit (im sechsten bis siebenten Lebensjahre) zur Entwicklung, als jemals von einem gutartigen Epitheliom, JACQUETS Fall (mit acht Jahren) ausgenommen, berichtet wurde. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen mit anderen Mitteln hatte R. ziemlichen Erfolg mit Anwendung von Kohlensäureschnee, die zwar ziemlich schmerzhaft war, aber dem Gesicht das entstellende Aussehen nahm und neben der Elektrolyse (für die kleineren Tumoren) und Exzision (für die grofsen) wohl eine ziemlich verlässige Behandlungsart zu sein scheint. Mit zwei Abbildungen.

Fälle von Psoriasis mit ungewöhnlichen Symptomen und Vorgeschichte, von WILLIAM F. BREAKEY-Ann Arbor, Michigan. Die sechs Fälle, welche B. aus seinen Praxiserinnerungen kursorisch anführt, sollen vor allem dazu dienen, einiges Licht auf die Ätiologie der Psoriasis zu werfen. Bei einem 22jährigen jungen Mann war dieselbe in akuter Weise nach einem Fall in eiskaltes Wasser aufgetreten und kam rasch nach geeigneter Behandlung zur Heilung. In zwei anderen Fällen von chronischer, viele Jahre bestandener Psoriasis schien B. der Zusammenhang mit Rheumatismus sehr wahrscheinlich, bei einem anderen schien die Art der Beschäftigung (ständiges Handhaben mit einem Schiffskrahn und Psoriasis an Händen und Armen) eine Rolle zu spielen und bei einem Teil der Fälle war der hereditäre Charakter des Hautleidens ein zweifelloser. *Stern-München.*

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Bd. III, Nr. 5.

Sitzung vom 17. Februar 1910.

Ein Fall von Alopecia areata, von P. S. ABRAHAM. Bei der 46jährigen Frau war die totale Alopecie im Laufe von zwei Jahren sehr erheblich gebessert worden, namentlich nach Gebrauch von Lithantrol nach HERXHEIMERS Vorschrift.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von H. G. ADAMSON. Bei einer 43jährigen verheirateten Frau haben sich im Laufe von zwei Monaten an verschiedenen Stellen des Körpers dunkelrote Flecke von Hanfkorngröfse bis zu einem Umfange von 5 × 8 cm entwickelt. Trotz Biopsie ist zurzeit irgendeine sichere Diagnose nicht möglich.

Fall von Granuloma annulare, von H. DAVIS. Die Affektion war am Gesäfs lokalisiert, was, ebenso wie das jugendliche Alter des Patienten (16 Monate), nicht zur Regel gehört.

Fall von Xeroderma pigmentosum mit ungewöhnlichen Erscheinungen, von W. EVANS. Betraf ein elfjähriges Mädchen, das schon im ersten Lebensjahre braune Flecke im Gesicht aufwies und jetzt auch auf der Mundschleimhaut Pigmentierungen darbietet, aber keine Warzen und keine Atrophien.

Disseminierter Lupus bei einem 4½jährigen Mädchen, von E. G. G. LITTLE.

Fall von Onychia syphilitica, von J. M. H. MACLEOD.

Pityriasis rubra bei einem 21jährigen Manne, von M. MORRIS und S. E. DORE. Es scheint, dafs der Patient schon im neunten Lebensjahre eine Attacke durchmachte, und dafs seitdem wiederholt Rezidive eingetreten sind. Der Urin zeigte einmal eine leichte Reduktionswirkung auf die FEHLINGsche Lösung. Die Schweifssekretion ist stark beeinträchtigt.

Fall von Lupus disseminatus faciei, von J. H. SEQUEIRA. Bei der 33jährigen Frau haben sich im Laufe von etwa 18 Monaten 40 etwa hirsekorngrofse Läsionen an Wangen und Stirn entwickelt. Es könnte sich dabei auch um den CROCKERschen Lupus erythematosus nodularis handeln.

Ein ungewöhnlicher Fall von Lupus erythematosus, von J. H. SEQUEIRA. Die Affektion hat etwa sieben Jahre bestanden und hat beim Mangel an Behandlung etwa die ganze Wange eingenommen mit ausgedehnter Infiltration, Schuppen- und Krustenbildung.

Fall von Mykosis fungoides (?), von A. WHITFIELD. Die Affektion umfafste fast die ganze Oberhaut bei dem 53jährigen, sonst gesunden Manne, juckte nicht und hatte angeblich bereits zehn Jahre bestanden. Eine Biopsie fiel negativ aus.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 3. Februar 1910.

BALZER und P.-L. MARIE: Syphilitiker, der gleichzeitig an **Sporotrichosis verrucosa et gummosa disseminata** leidet. WASSERMANN positiv. Hectineinspritzungen wirkungslos. Jodkalium dagegen erfolgreich.

GAUCHER, DRUELLE und FLURIN: **Ulcus specificum** am linken unteren **Augenlid** eines zweijährigen Knaben. Das Kind hatte an der Stelle ein Gerstenkorn gehabt; der Vater war syphilitisch.

GAUCHER, BRIN und CESBRON: **Lupus tuberculo-ulcerosus des Gesichts** bei einem Heredosyphilitiker. WASSERMANN positiv. Der ulcerierende Charakter des Lupus und seine Unempfindlichkeit gegenüber der gewöhnlichen Therapie werden auf die gleichzeitig bestehende Lues zurückgeführt.

GAUCHER, FOUQUET und FLURIN: **Lupus generalisatus** bei einer 37jährigen Frau. Patientin hatte vor 30 Jahren im Anschlufs an Masern schon einmal die nämliche Dermatose, die nach Auskratzung und der üblichen inneren Behandlung damals im Verlauf von 14 Jahren ausheilte. Jetzt sitzen die Lupusherde wieder an denselben Stellen, wie bei der ersten Erkrankung, haben aber an den Beinen einen psoriasisartigen, am Rücken einen zosterartigen Charakter.

Gaucher, Druelle und Brin: **Syphilis hereditaria tardiva** bei einem 22jährigen Patienten. Gumma ulceratum am linken Knie. Syphilide auf einer Brandnarbe. Wassermann positiv.

H. Hallopeau und François-Dainville: 55jährige Frau mit **Keloidnarben** nach Syphilis am rechten Arm und am Thorax. In der Prästernalgegend sind die Keloide besonders stark entwickelt.

H. Hallopeau: **Zur Abortivbehandlung der Syphilis.** H. empfiehlt neben der Einführung von grauer Salbe in den Präputialsack nach dem Vorschlag von Milian tägliche Einspritzungen von Hectinelösungen in die Haut des Gliedes, bei Frauen von der Genito-Cruralfalte aus in die kleine Schamlippe. — „Hectine" ist ein mildes Arzenpräparat, das viel Schwefel enthält. — An diesen Vorschlag schliefst sich eine längere Besprechung.

Sitzung vom 8. März 1910.

Hallopeau nimmt noch einmal das Wort zu seiner **Abortivbehandlung der Syphilis.**

Brocq und Brisson: **Behandlung des Ekzems mit Kohlenteerlakkoderme.** Lakkoderme ist ein neuer Firnifs, den Brisson für die Kohlenteerbehandlung geschaffen hat. Seine Zusammensetzung ist:

Caseinate d'Ammoniaque	100,0
Zinc. oxyd.	20,0
Talc.	60,0
Lanolin-Vaselin.	80,0
Aq. Rosar.	20,0
Aq. Laurocer.	10,0.

Es werden solche Lakkoderme mit 5,10 und 20,0 % Teer hergestellt. Sie trocknen schneller auf der Haut als der rohe Teer, beschmutzen die Wäsche nicht und lassen sich mit warmem Wasser leicht abwaschen. Ihre Heilwirkung ist sehr zufriedenstellend.

Hallopeau und François-Dainville: Ein Fall von **Mykosis fungoides**, die auf den Kopf beschränkt ist; an einem Ohrläppchen ein Tumor, der ein Angiom vortäuscht.

Gaucher und Brin: Zwei Fälle von **prämykosischem Erythem**, in denen die Reaktion mit dem Antigenum mycosicum positiv ausfiel.

Gaucher und Flurin: Ein Fall von **Purpura chronica angiosclerosa** bei einer syphilitischen Frau. Diese von Gaucher zuerst beschriebene Form der Purpura beruht auf einer Erweiterung und Zerreifsung der sklerosierten Hautkapillaren.

Gaucher, A. Broca und P. Laffont: **Behandlung des Malum perforans der Fufssohle mit elektrischen Funken von hoher Frequenz.** Zwei geheilte Fälle.

Gaucher und Cesbron: **Leukoplasia lingualis** im Beginn einer Dementia paralytica.

Milian führt zur Bekämpfung der **Syphilis** Globuli mercuriales (Ungt. cin. 0,2, Butyr. Cacaon. 0,5) in die Vagina ein. Anwendung im Bett vorm Schlafengehen; ein Stückchen gewöhnliche Watte wird nachgeschoben, um das Ausfliefsen zu verhindern. M. lobt das Verfahren als sehr wirksam.

Balzer und Rafinesque: **Erfolgreiche Behandlung eines Lupus erythematosus** bei einer Lungentuberkulösen **mit Marmorekschem Serum.** Das Serum wurde zehn Tage lang zu je 10 g in das Rektum eingespritzt.

Brocq und Lutembacher: Zwei Fälle von **Syphilis gummosa praecox der Zunge.** In beiden Fällen entwickelte sich das gummöse Syphilid der Zunge wenige Wochen nach dem Auftreten des Schankers. Im zweiten Fall hatten vier Präventiveinspritzungen von Atoxyl nicht vermocht, die Sekundärerscheinungen zu verhindern.

BALZER und P.-L. MARIE stellen einen Mann vor, der **nach oberflächlichen Sublimateinspritzungen an 40 grofse Narben** in seinem Gesäfs behalten hat.

F. BALZER und BARCAT: **Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Adenoma sebaceum mit Radiumbestrahlung.** Das Verfahren von DOMINICI (Rayonnement ultra-pénétrant) das bei den verwandten malignen Epitheltumoren so gute Dienste leistet, hatte hier völlig versagt.

J. DARIER und CIVATTE: Bei einem achtmonatlichen Säugling entwickelte sich auf der Nase ein papillomatöser Tumor, dessen Natur durch Biopsie als **Naevocarcinom** bestimmt wurde. — Dieselben: **Granulosis rubra nasi** ohne Granulose bei einem 15jährigen Knaben. Beständiges Schwitzen des unteren Teiles der Nase, die durch feinste Varikositäten der Gefäfse gerötet ist.

E. JEANSELME empfiehlt die **Radiotherapie** bei der Behandlung der **Granulosis rubra nasi** auf Grund seiner Erfahrungen.

G. THIBIERGE: Ein Fall von **Pathomimie** Eine Hysterika stellte sich künstlich, durch Ausreifsen von Kopfhaaren, trichophytische Plaques her.

J. BRAULT beschreibt eine **chronische Form des weichen Schankers,** die er zweimal in Algier beobachtet hat, mit UNNA-DUCREYschem Bacillus, und die der Therapie sehr schwer zugänglich ist: desgleichen berichtet er über grofse schankröse Herde zu beiden Seiten des Anus bei passiven Päderasten. — Derselbe: Ein Fall von **Riesenwarzen** auf dem Fufsrücken bei einem Eingeborenen Algiers; der linke Fufsrücken ist fast ganz durch vier Warzen bedeckt.

Sitzung vom 4. April 1910.

P. JOURDANET leidet selber seit einigen Tagen an **Herpes tonsurans;** die kahle Stelle sitzt links am Nacken; der Weisheitszahn des linken Unterkiefers ist entzündet; das Zahnleiden wird als Ursache der Alopecie angesehen.

F. BALZER und MILIAN: **Pustulöse ulceröse Hauttuberkulose** bei einem neunjährigen Knaben; Sitz: die beiden Unterextremitäten, das Gesäfs, die Oberextremitäten.

MILIAN: **Syphilitische Reinfektion** eines Mannes, der vor 18 Monaten seinen ersten Schanker erworben hatte, der 34 Oleum cinereum-Einspritzungen erhalten hatte und noch bei M. in Behandlung und Beobachtung stand. M. teilt zwei weitere einschlägige Fälle mit und meint, dafs die Lehre von der dauernden Immunität eines einmal Syphilitischen sich kaum noch aufrecht erhalten lasse.

GAUCHER und DRUELLE: Ein weiterer Fall von **Ulcus molle der Zunge;** Sitz auf der Zungenspitze.

F. BALZER und P.-L. MARIE: **Sporotrichosis gummosa und ulcerosa** auf dem linken Handrücken.

GAUCHER, DRUELLE und BRIN: Mann von 22 Jahren mit **Heredosyphilis;** ulceriertes Hautgumma an der Nasenwurzel und Perforation des Gaumensegels.

VEYRIÈRES: **Ein neues Jodpräparat.** Reinem Vaselin oder Vaselinöl wird der fünfundzwanzigste Teil seines Gewichts metallisches Jod zugesetzt und dieses Gemisch vier bis fünf Stunden lang im Wasserbad von 50—60° erhitzt. Dieses Jodvaselin hat eine schwärzliche Farbe und ist von reizloser Anwendung, selbst bei Einspritzungen ins Gewebe und in die Gelenke.

GAUCHER, OCTAVE CLAUDE und TANON: 29jähriger Kolonialsoldat mit einem **Ulcus der heifsen Zone** am linken Malleolus externus. Bestand seit vier Jahren.

GAUCHER, DRUELLE und CESBRON: **Epitheliom** des linken Unterschenkels auf einem seit 30 Jahren bestehenden Lichen simplex chronicus.

F. BALZER und DIVE: Vier Fälle von **Iritis syphilitica erfolgreich mit Hectine behandelt.** Der chemische Name für Hectine lautet: Natr. benzosulfonpara-aminophenylarsenicosum. Es wird subcutan angewandt, hat sich den Verfassern als

unschädlich erwiesen und beeinflufst alle Symptome der sekundären Syphilis sehr günstig.

Fouquet hat festgestellt, dafs das **Hectine** die Spirochäten schnell abtötet. — Derselbe: **Ulcus specificum** über dem rechten Hundzahn **des Oberkiefers** bei einem Homosexuellen von 28 Jahren.

L. Spillmann, A. Gibault und J. Benech: **Tertiäres Erythem** vier Jahre nach der Infektion. Heilung durch Quecksilber. *Türkheim-Hamburg.*

Verhandlungen der Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Jahrg. 9, Nr. 3.

Sitzung vom 18. April 1909.

Ein Fall von Lepra mutilans, von Poirier - Antwerpen. Vorstellung eines 64jährigen Mannes, der die Infektion in Holländisch-Indien sich zugezogen zu haben scheint. Nach seiner Rückkehr in die Heimat (Belgien) hat das Leiden eine gewisse Neigung zum Stillstand dokumentiert. Immerhin zeigen die Photogramme und Röntgenbilder erhebliche Schädigungen der Weichteile sowie von Knochen.

Ein Fall von Vergiftung mit grauem Öl, von Poirier-Antwerpen. Aus der Praxis eines Antwerpener Kollegen berichtet Verfasser folgendes: Eine Patientin mit frischer Syphilis sollte mit Injektionen von grauem Öl behandelt werden. Zu diesem Zwecke verschrieb sich der Arzt aus Deutschland (Kassel) eine Injektionsspritze nach Barthélémy. Dieselbe zeigte die Einteilung zu 14 Portionen und war mit dem Namen „Barthélémy" gezeichnet. Die Kapazität betrug aber das Drei- bis Vierfache der Originalspritze, und auf diese Weise wurde der Arzt verleitet, relativ enorme Dosen zu geben. Es entstand eine ulceröse Stomatitis, welche zwei Monate lang die Aufnahme fester Nahrung unmöglich machte.

Ein Fall von Mykosis fungoides, von Dubois-Havenith-Brüssel. Der in einer früheren Sitzung (10. März 1907) vorgestellte Patient hat unter Röntgenbestrahlung an vielen Läsionen eine Besserung erfahren.

Ein Fall von Angioma hypertrophicum, von Dubois-Havenith - Brüssel. Es handelt sich um einen kongenitalen Tumor des Oberschenkels bei einem 17jährigen Mädchen. Dasselbe war in der letzten Sitzung vorgestellt worden und zeigt jetzt nach Röntgenbehandlung einige Besserung, namentlich betreffs der Schmerzen. Die von Minne ausgeführte histologische Untersuchung eines exzidierten Stückchens (im Detail mitgeteilt) ergibt die Diagnose: einfaches hypertrophisches Angioma, aber mit Neigung zu maligner Entartung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Sexual-Probleme.
Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

April 1910.

Der Sadismus bei den spanischen Stiergefechten, von H. Rohleder.

Über medizinische Schutzmafsnahmen (Kastration, Sterilisation) gegen Verbrechen und andere soziale Übel, mit besonderer Berücksichtigung der amerikanischen Gesetzgebung, von L. Loewenfeld. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 10.

Ein Gutachten über Blennorrhoe als Grund zur Anfechtung der Ehe, von Max Flesch-Frankfurt a. M. Der Verfasser führt an der Hand eines Falles aus,

dafs die Zurückführung einer Erkrankung des weiblichen Sexualapparates auf eine vorangegangene Tripperinfektion so weitgehende Folgen für die ärztliche und soziale Behandlung des einzelnen Falles hat, dafs eine handgreifliche Sicherung der Diagnose, wie sie der bakteriologische Befund darstellt, als eines der wichtigsten Desiderate der praktischen Medizin erscheint. So lange dieses aber noch nicht erfüllt ist, mufs man bestrebt sein, auch ohne Gonokokkennachweis die Diagnose zu sichern. Von gröfster Bedeutung ist hierbei eine objektive Würdigung der Anamnese.

Bemerkungen zu dem Vortrage Herrn Dr. med. Placzeks (Berlin): „Das Berufsgeheimnis des Arztes und die Geschlechtskrankheiten", von Max Flesch-Frankfurt a. M. F. betont seinen an anderen Stellen oft vertretenen Standpunkt von der Notwendigkeit der ärztlichen Anzeigepflicht der Geschlechtsleidenden an die schweigepflichtigen Organe der Gesundheitspolizei.

Die Prostitutionsfrage in New York, von Frederic Bierhoff - New York. (Fortsetzung.)

Die Ursachen der Prostitution in New York. Wie wohl überall in der Welt, so treibt auch in New York die Sucht nach Putz und Luxus und der Wunsch nach einem leichten, bequemen Leben die Weiber zur Prostitution. Das Zuhälterwesen ist nach des Verfassers Ansicht eher ein Ergebnis der Prostitution als ihre Ursache. *Schourp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band I, Heft 3 und 4.

1. **Indikationen und praktischer Wert der Pyelotomie für die Entfernung der Steine des Nierenbeckens, dargestellt auf Grund von 103 Beobachtungen,** von Charles Périneau-Paris.

2. **Widerstandsfähigkeit der Tiere gegen Zerstörungen der Niere,** von F. Putzu-Cagliari.

3. **Multilokuläre Pachyvaginalitis mit Beteiligung des paravaginalen Raumes,** von G. Chavannaz- und L. Pierre-Nadal-Bordeaux. Ausführlicher Bericht über einen Fall von mannskopfgrofser, spontan nach aufsen durchgebrochener Hämatocele bei einem 70jährigen Mann. Der Patient hatte schon als Kind mit sieben oder acht Jahren am rechten Hoden eine Geschwulst beobachtet, die zuerst sehr langsam, vor $2^1/_2$ Jahren nach einem Fall auf den Hodensack rasch und dann wieder langsam gewachsen war. Am Tage vor der Aufnahme in die Klinik war die Geschwulst, während der Mann zu Bette lag, nach aufsen durchgebrochen, es hatte sich ziemlich viel blutartige, bräunliche Flüssigkeit entleert. — Der Tumor safs in der rechten Seite des Skrotums, dessen Haut bläulich verfärbt und ödematös war. Die Konsistenz der Geschwulst war ganz unregelmäfsig, an einzelnen Stellen war Fluktuation nachzuweisen, andere Teile waren schlaff, wieder andere steinhart. Aus der an der unteren Partie der vorderen Wand befindlichen Öffnung flofs andauernd schokoladefarbige Flüssigkeit in grofser Menge aus. Der Leistenkanal war frei, der linke, gegen den Leistenring hinaufgedrängte Hoden anscheinend normal.

Der Tumor wurde exstirpiert; er wog 1500 g und mochte etwa $2^1/_2$ Liter Flüssigkeit gefafst haben. Er bestand aus zwei aneinandergelagerten Säcken, deren Grenzen aufsen durch eine Furche gekennzeichnet waren. Der erste Sack hatte eine harte, dicke, verkalkte Wandung, die an ihrer Innenfläche warzige, fibrinöse Wucherungen aufwies. Die Wand des zweiten Sackes war dünn und weich und innen mit einer fibrinösen Schicht ausgekleidet; an ihr inserierten fibröse Stränge, die zum Teil miteinander anastomosierend das Innere dieses zweiten Sackes durchzogen. Die beiden

Säcke waren durch eine Scheidewand getrennt, die in der Mitte eine grofse Öffnung hatte und nach dem zweiten Sack zu vorgewölbt war. In der hinteren Wand des ersten Sackes lag der weiche, ödematöse rechte Hoden; seine Tunica albuginea bildete einen Teil der fibrösen Schicht der Tumorwandung. Von den Säcken gingen zwei Divertikel aus, von denen einer einem Aneurysma dissecans ähnlich innerhalb der Geschwulstwand lag. Jeder Sack enthielt aufserdem ein intraparietales Hämatom. Die Perforationsöffnung war von chronisch entzündeter, mit den tieferen Schichten verwachsener Skrotalhaut umgeben; sie führte in einen 12 mm langen, geschlängelten Kanal, der in der unteren Partie des zweiten Sackes mündete. — Der erste Sack war zweifellos der primär entstandene, er war aus einem Bluterguſs zwischen die Blätter der Tunica vaginalis propria hervorgegangen, während der zweite, sekundäre Sack sich aus dem paravaginalen Raum gebildet hatte. *Götz-München.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 11.

Die nervösen Folgeerscheinungen des Trippers, von Batut. B. teilt die nervösen Komplikationen des Trippers in vier Gruppen:

I. Periphere Polyneuritiden.
II. Spinale und medulläre Erkrankungen.
III. Cerebro-meningeale Komplikationen.
IV. Neurosen.

Bei der ersten Gruppe unterscheidet er wieder zwischen sensorischen, sensitivo-motorischen und sensitiven Neuritiden. Bei den sensorischen Neuritiden kommen nur der Opticus und der Acusticus in Frage. Aber sowohl die Neuritis optica wie die Neuritis acustica blennorrhoica sind äufserst selten. Von jener Form konnte er aus der ganzen Literatur nur vier Fälle zusammenstellen; nur in einem Fall wird über den Ausgang — teilweise Heilung — berichtet. Von der Neuritis der Hörnerven fand B. in der Literatur nur drei Fälle.

Viel zahlreicher sind die Fälle der sensitivo-motorischen Neuritiden; B. berichtet über eine Ischias und eine Talalgia blennorrhoica, sowie über eine Polyneuritis generalisata der unteren Extremitäten. Bei der dritten Form der ersten Gruppe, der sensitiven Neuritis, sind Schmerz und Ameisenkriechen die hervorstechendsten Symptome. Als Typus dieser Form bezeichnet B. die von Dejeune beschriebene Pseudotabes blennorrhoica.

Zu den spinalen und medullären Komplikationen des Trippers gehören die äufserst seltenen Meningomyelitis und Myelitis chronica blennorrhoica. Ebenfalls äufserst selten wird die Meningitis blennorrhoica beobachtet; die Neurosen endlich treten als psychische Störungen oder als Neurasthenien auf.

Bericht aus Prof. Gauchers Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis, Hôpital Saint-Louis. Der Bericht umfaſst die Monate Februar, März, April und Mai des Jahres — 1906. Es genügt eine Aufzählung der in verschiedenen klinischen Vorträgen behandelten Fälle: Epithelioma und Epithelioma adenoides benignum. Lupus tuberculosus. Heredo-syphilitisches Lupoid der Nase. Rheumatoide Purpura. Ein Fall von Übergangsform von Psoriasis zu Ekzema seborrhoicum. Lichen planus metamericus. Ekzema generalisatum bei einer 83jährigen Frau. Psoriasis arthritica und herpetica. Rasches Wiederauftreten einer Mykosis fungoides nach vorübergehender Heilung durch Radiotherapie. Usw. *Türkheim-Hamburg.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 14, Nr. 4.

Bericht von zwei Fällen von Nephrotomie, von Edward H. Richardson-Baltimore. Kasuistik.

Sexuelle Impotenz beim Manne, von Abraham W. Nelson-Cincinnati. Klinische Studie und fünf Krankheitsgeschichten von Schulfällen.

Physiologische und therapeutische Wirkung der D'Arsonvalisation bei Hautkrankheiten, von Frederic de Kraft-New York. Günstige Beeinflussung von Herpes zoster, blennorrhoischer Arthritis, Metritis, Salpingitis.

Einige Bilder aus der Praxis, von Howard Crutcher - Roswell. Bei einer Zerreifsung der Harnröhre trat infolge gleichgültiger Behandlung Harninfiltration, Sepsis und Tod ein. — Ein Chirurg von „eigenen Gnaden" glaubte bei einem Patienten eine Prostatektomie auszuführen, als er die Urethra posterior inzidierte und einen Katheter in die Blase einführte. — Ein anderer „tüchtiger" Chirurg diagnostizierte eine Erosion des Präputiums als Primärsklerose und ordinierte eine sechsmonatige Behandlung. — Ein anderer nannte als einzigen Weg zur Beseitigung der Hämorrhoiden die Vornahme einer Pylorektomie.

Die hypertrophierte und entzündete Prostata, von Willis F. Cobb - Lyle. Nichts Neues.

Schourp-Danzig.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1910. Heft 1.

Enthält den **Bericht über die 11. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis** (Rom, 20. bis 23. Dezember 1909.) Es wurden folgende Vorträge gehalten:

Barduzzi, Simonelli: Über Syphilis hereditaria.

Ayala: Infiltration des inneren Blattes des Präputiums eine Initialsklerose vortäuschend, kompliziert mit Blennorrhoe.

Campana: Die Sporotrichosis.

Carnevali: Über sogenannte parasyphilitische Erscheinungen.

Chirivino: Die Chromoreaktion von Schürmann zur Diagnose der Syphilis.

Cipolla: Klinischer Beitrag zur Wassermannschen Reaktion.

Mibelli: Nomenclatura dermatologica.

Philippson: Nomenclatura dermatologica.

Pini: Betrachtungen zur Wassermannschen Reaktion.

Gavini: Serodiagnose von Wassermann.

Lombardo und Tognoli: Über den Übergang des Quecksilbers von der Mutter in den Fötus.

Mannino: Zwei neue Fälle von abortiver Syphilis mittels energischer und frühzeitiger Quecksilberbehandlung.

Mariani: Syphilis und Heirat.

Truffi: Übertragung der Syphilis auf Tiere.

Minarsian: Modifikation der Methoden der Untersuchung der Spirochaeta pallida. Rasche Imprägnierung der Gewebe mit Argentum nitricum.

Sabella: Das kalte Bad bei frischer Syphilis.

Terzaghi: Unsere Resultate bei der Untersuchung der Spirochaeta pallida. — Die Wirkung der Röntgenstrahlen beim infantilen Pruritus.

Ossola: Letzte Untersuchungen über die Übertragung der Syphilis auf Kaninchen. — Syphilis des Testikels beim Kaninchen.

Dalla Favera: Neue Beobachtungen über den Gebrauch des Arsacetin in der Behandlung der Syphilis. — Beitrag zur Kenntnis des sogenannten Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum (Kaposi) mit besonderer Berücksichtigung der Lokalisation in den Eingeweiden.

Stancanelli: Über den Wert des Arsacetin Ehrlich zur Behandlung der Syphilis.

Fiocco: Neue Untersuchungen der brasilianischen „Boubas".

Verrotti: Histologische Untersuchungen von drei Fällen derselben.

Mazza: Versuche von In-vitro-Kulturen des Treponema pallidum.

Radaeli: Bakteriologische Untersuchungen des Pemphigus.

Simonelli: Veränderungen des Knochenmarks beim Pemphigus.

Stancanelli: Dermatitis pemphigoides mit akutem benignem Verlauf durch Autointoxikation von der Nahrung.

Fiocco: Trichophytie in Venedig. *Haas-Hamburg.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIX. März 1910.

I. **Zur Kasuistik der Hauttuberkulide**, von A. Jordan. Beschreibung von zwei Fällen von Hauttuberkuliden, von denen der eine eine Frau von 37 Jahren, der andere einen Mann von 49 Jahren betraf, von denen die erstere bereits zehn Jahre, letzterer ein Jahr krank war. Die Erscheinungen bei der Frau, in Gestalt von Akneknötchen, Pusteln, Abscessen und Narben, hatten ihren Sitz vorzüglich in den Achselhöhlen, auf den Brüsten, dem Bauch, dem Rücken und den grofsen Schamlippen. Zeichen von Tuberkulose fehlten bei der Kranken. Die histologische Untersuchung der Haut ergab eine Infiltration des Coriums mit epitheloiden Zellen, darunter auch einigen Riesenzellen und mit Leukocyten. Tuberkelbazillen fanden sich im Schnitt nicht, wohl aber im Eiter, aufser Streptokokken, Bazillen, die den Tuberkelbazillen ähnelten. Die Injektion von Eiter in die Peritonealhöhle eines Meerschweinchens verlief negativ.

Bei dem 49jährigen Mann lokalisierten sich ähnliche Veränderungen, wie im ersten Fall, in symmetrischer Anordnung auf den Beugeseiten der oberen wie unteren Extremitäten, auf der Brust und auf dem Rücken. Die in diesem Fall angestellte Alttuberkulinprobe fiel nach Injektion von 0,03 Tuberkulin schwach positiv aus. Unter roborierender Behandlung, wie unter lokaler Behandlung mit desinfizierenden Streupulvern und indifferenten Salben schwanden die Erscheinungen zeitweilig.

Zur Vereinheitlichung der vielen, in der Literatur vorkommenden Bezeichnungen für die Harttuberkulide empfiehlt Verfasser die von Török vorgeschlagene Benennung Dermatitis nodularis necrotica.

II. **Zur Frage der Veränderungen des Stickstoffumsatzes bei Psoriatikern**, von Hambat. Cf. *diese Monatshefte.* Bd. 50, S. 254.

III. **Ein Fall von Ichthyosis bei einem Schwachsinnigen**, von Andruschtschenko. Der vom Verfasser beschriebene und von ihm in der Charkower dermatologisch-venerologischen Gesellschaft vorgestellte Fall von Ichthyosis serpentina gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, dafs dieses Leiden sich bei einem Manne mit Zeichen von Semiimbezillität fand. Hieraus darf geschlossen werden, dafs auch die Ichthyosis als ein angeborenes Leiden aufzufassen ist.

IV. **Ein Fall von Pseudo-Hutchinsonschen Zähen (Dentes pseudo Hutchinsonii)**, von Bogrow. Siehe *diese Monatshefte*, Bd. 50, S. 254.

V. **Ein Fall von Induratio penis plastica,** von TSCHUMAKOW. In dem beschriebenen Fall ist die plastische Induration des Gliedes auf ein Trauma besonderer Art, welches der Kranke als 12jähriger Knabe erlitt, zurückzuführen. Als Viehhüter war der Knabe einmal eingeschlafen und von anderen, das Vieh hütenden Knaben durch eine, um das Glied geschlungene Schnur an den Baum, unter dem er schlief, angebunden worden. Mit dem Ruf „das Pferd läuft fort" hatte man ihn aufgeweckt, wobei er sich, schnell aus dem Schlaf auffahrend, eine schwere Verletzung des Penis zuzog, die zu einer 1½ Monat langen Behandlung im Krankenhaus wegen Harnbeschwerden geführt hatte. *A. Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Dermatologische Diagnostik. Anleitung zur klinischen Untersuchung der Hautkrankheiten, von L. PHILIPPSON. Aus dem Italienischen übersetzt von FRITZ JULIUSBERG. (Julius Springer, Berlin 1910.) Dieses ca. 100 Seiten starke Buch stellt eine vorzügliche Ergänzung dar zu den Lehrbüchern der Dermatologie, indem es in knapper, aber umfassender Weise eine Betrachtung der Hautkrankheiten bringt, ausgehend von der pathologischen Anatomie der Haut, ein Gebiet, mit dem, wie Verfasser in seinem Vorwort mit Recht sagt, die Lehrbücher sich nicht in genügender Weise befaſst haben. Nach der Einleitung, die auseinandersetzt, daſs die klinische Untersuchung der Hautkrankheiten eine anatomische Untersuchung ist, wird in kurzen Abschnitten die allgemeine pahtologische Anatomie, dann die Pathogenese und Ätiologie der Hautkrankheiten besprochen, denen sich im zweiten Teil die Untersuchung der Hautkrankheiten vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus anschlieſst. — Dem Übersetzer kann man zu Dank verpflichtet sein, daſs er das Buch auch den deutschen Dermatologen zugänglich gemacht hat. *Haas-Hamburg.*

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von JESSNER. 6. Auflage. (Curt Kabitzsch, Würzburg 1910.) Das Heftchen, mit dem J. seine überaus erfolgreiche Serie dermatologischer Vorträge für Praktiker begonnen hat, bedarf längst keiner Empfehlung mehr; die Nummer, welche die vorliegende Auflage trägt, beweist das zur genüge. *Götz-München.*

Pathologie und Therapie der Gonorrhoe in Vorlesungen, von W. SCHOLTZ-Königsberg. (Zweite erweiterte und umgearbeitete Auflage. Gustav Fischer, Jena 1909.) Das Buch SCHS. ist erstmals im Jahre 1903 unter dem Titel „Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes" erschienen und wurde jetzt in manchen Teilen umgearbeitet und ergänzt und durch zwei Vorlesungen über die Gonorrhoe des Weibes und eine Vorlesung über die gonorrhoischen Metastasen erweitert. SCH. stellt in seinem Werke die Anschauungen der NEISSERschen Schule bezüglich der Pathologie und Therapie der Gonorrhoe dar und er hat damit schon eine verdienstvolle, namentlich auch den Spezialkollegen erwünschte Arbeit vollbracht. Aber auch das Ziel, den Bedürfnissen des Praktikers und des Studenten gerecht zu werden, hat er mit seiner klaren und ausführlichen Schilderung einer wissenschaftlich begründeten und praktisch erprobten Gonorrhoetherapie erreicht, und sein Wunsch, daſs die zweite Auflage mit ihren Ergänzungen noch mehr als die erste ein klarer und übersichtlicher Führer bei der Behandlung der Gonorrhoe sein möge, wird sicher nicht unerfüllt bleiben. Die neu aufgenommenen Vorlesungen sind den anderen durch-

aus gleichwertig; besonders der Abschnitt über die Behandlung der Gonorrhoe des Weibes mit der Gegenüberstellung des dermatologischen und des gynäkologischen Standpunktes ist ungemein lehrreich.

Die Behandlung der Gonorrhoe gehört in der Hauptsache zum Arbeitsgebiet des praktischen Arztes; sie wird jedoch, wie SCH. mit Recht hervorhebt, zum grofsen Teile noch ganz unwissenschaftlich und schablonenhaft gehandhabt, und die Erfolge sind dementsprechend schlecht. Wenn das vorliegende Buch die verdiente Verbreitung und Beachtung findet, dann müfste darin bald ein Wandel eintreten.

Götz-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Der therapeutische Wert des Antigonokokkenserums, von G. K. SWINBURNE-New York. (*Med. Record.* 23. Okt. 1909.) Gute Erfolge bei akutem blennorrhoischen Rheumatismus, nicht bei chronischem; bei Epididymitis sowohl in akuten wie rezidivierenden Fällen. Teilweise gute Resultate auch bei akuter Prostatitis.

W. Lehmann-Stettin.

Stand der Behandlung mit Antigonokokkenserum, von BENJAMIN A. THOMAS-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 4.) Übersichtsreferat.

Schourp-Danzig.

Versuch mit Vaccinetherapie bei akuter Blennorrhoe des Mannes, von A. MAUTÉ. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 32.) M. hat bei 14 Männern mit akuter Blennorrhoe die WRIGHTsche Vaccinetherapie in der Weise zur Anwendung gebracht, dafs er vom 3. bis 6. Tage der Erkrankung an in Zwischenräumen von sechs Tagen 5 bis 30 Millionen abgetöteter Gonokokken injizierte; die Vaccine wurde zumeist für jeden Patienten aus seinen eigenen Gonokokken hergestellt. Bei intradermatischer Injektion entstand ein rotvioletter ödematöser Flecken, während subcutane Einspritzung keine lokale Reaktion hervorrief. Ein deutlicher Einflufs des Verfahrens auf den Verlauf der Krankheit zeigte sich nur in einem Falle: in diesem trat schon nach drei Wochen Heilung ein, in den übrigen 13 Fällen dauerte die Erkrankung ein bis drei Monate. Verkürzt war gewöhnlich nur das Endstadium, die Periode des Morgentropfens, die meist schon nach wenigen Tagen beendigt war. Schmerzen waren während des Höhestadiums bei der Mehrzahl der Kranken fast gar nicht vorhanden, alle 14 Fälle verliefen ohne jede Komplikation. — In einem 15. Falle wurde mit den Einspritzungen in der 7. Krankheitswoche nach dem Auftreten einer Epididymitis begonnen, nachdem vorher Spülungen mit Kalipermanganatlösung gemacht worden waren; irgend eine Wirkung auf den Verlauf der Nebenhodenentzündung hatten die Injektionen nicht.

Götz-München.

Zur Frage der Anwendung des Antigonokokkenserums beim Tripper, von KRIST. (*Charkower med. Journ.* 1909. S. 362.) Angeregt durch die Versuche von ABRAHAM PEREZ MIRO hat auch Verfasser in freilich bisher nur zwei Fällen von chronischem Tripper das Antigonokokkenserum von Parke, Davis & Co. angewandt und ist zur Überzeugung gelangt, dafs es jedenfalls der Beachtung wert ist.

Arthur Jordan-Moskau.

Zur Frage der Behandlung mit Antigonokokkenserum, von Leshnew. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 50.) In einer Reihe von teils unkomplizierten, teils komplizierten Tripperfällen hat Verfasser das von Parke, Davis & Co. hergestellte Antigonokokkenserum angewandt. Er injizierte es nach der Vorschrift zu je 2 ccm, je nach der Reaktion, alle zwei bis vier Tage, im ganzen meist drei- bis fünfmal, aber auch bis zu zwölfmal. Unangenehme Nebenwirkungen, höhere Temperatursteigerungen, Erytheme sah Verfasser nur selten; dagegen fand er, daſs es einen günstigen Einfluſs auf den Tripperprozeſs ausübte, ja sogar in einigen Fällen den Tripper ausheilte. *Arthur Jordan-Moskau.*

Gonokokkenvaccine bei chronischer Blennorrhoe, von George B. Lake-Wolcottville. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 8.) Ein 23jähriger Mann mit chronischer, über zwei Jahre andauernder Urethritis und Prostatitis blennorrhoica wurde erfolglos mit Injektionen von Gonokokkenvaccine behandelt.

Schourp-Danzig.

Tubenbehandlung der Blennorrhoe, von Wilhelm Karo-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 25.) Die übliche Behandlung der Blennorrhoe mit Tripperspritzen habe den Nachteil der Umständlichkeit und der zu kurzen Einwirkung der eingeführten Medikamente auf die Harnröhre. Verfasser hat nun einen Ersatz für die wässerigen Lösungen in „Katheterpurin" (Casper) gefunden. Es stellt eine klare, durchsichtige, gleichmäſsig dickflüssige, äuſserst schlüpfrige sterile Masse dar, welche, mit dem gewünschten Medikament versehen, in praktischen, vorn konisch zugespitzten, biegsamen Metalltuben durch die Firma Dr. H. Melzer-Meiningen, unter dem Namen „Dr. Karos Injektion" in den Handel gebracht wird. Mit diesen Tuben hat Verfasser 238 Patienten mit sehr gutem Erfolge behandelt. Verfasser beginnt die Behandlung mit Tuben mit 1,5 Thallinum sulfuricum, geht dann zu Tuben mit 0,25%igem Protargol, Albargin oder Ichtargan über und beschlieſst die Therapie mit Tuben mit Resorzin, Plumbum aceticum, Ichthyol oder Zincum sulfuricum.

Jeder Tube wird ein Schlüssel beigegeben; durch Andrehen des Schlüssels wird der Inhalt der Tube in die Harnröhre injiziert, zwei bis drei Umdrehungen des Schlüssels bringen bereits genügend Injektionsmasse; die Harnröhre wird dann für kurze Zeit zugehalten; läſst man dann die Öffnung frei, so flieſst ein Teil der Masse ab, ein groſser Teil bleibt in der Harnröhre. Auf diese Weise wird eine Art Dauerbehandlung der Harnröhre erreicht. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Klinische Beobachtungen über die Wirkungen der Ersatzmittel des Sandelöls (Gonorol, Gonosan, Santyl) auf den blennorrhoischen Prozeſs, von Ludwig Waelsch-Prag. (*Prag. Med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Autor gibt für diese Präparate verschiedene Indikationen an: Bei frischer akuter Blennorrhoe ist das beste Gonosan. Die Domäne des Gonorol ist die subakute Blennorrhoea posterior, besonders nach Ablauf akuter Komplikationen der Adnexe. Die subakute Blennorrhoea posterior ohne subjektive Beschwerden, mit lange bestehender Trübung der II. Portion, dünnflüssiger, eitriger Sekretion indiziert Santyl, besonders dann, wenn es sich nicht mehr um rein blennorrhoische Infektion, sondern Mischinfektion handelt. Die Bedeutung gleichzeitiger lokaler antiseptischer Behandlung wird anerkannt.

Arthur Schucht-Danzig.

Piper methysticum oder Kava und seine Wirkungen bei Blennorrhoe, von Paul Bartholow-New York. (*New York med. Journ.* 19. Febr. 1910.) Piper methysticum oder Kava gehört zu der Klasse der Piperaceen und ist nahe verwandt mit anderen Pfefferarten, wie Cubebin und Piperin, welchen es in verschiedenen chemischen und physiologischen Wirkungen ähnelt. Es wurden aus der Wurzel von

Piper methysticum zwei Harzarten, das α- und β-Harz extrahiert, die aber nach B.s Untersuchungen keine nennenswerten Verschiedenheiten zeigen und höchstens auf verschiedene Wege der Extraktion zurückzuführen sind. Das durch Hitzeeinwirkung aus dem Harz gewonnene Öl, von Lewin Kawaöl, von Baldi Cavain genannt, unterzieht B. nochmals genauerer Untersuchung, und zwar in Bezug seiner Wirkung auf 1. den Verdauungskanal, 2. Nieren und Harnröhre und 3. seiner Zersetzungsvorgänge. Der Geschmack des Cavains ist genau der des Nikotins, trotzdem aber nicht unangenehm. Es ist ein ausgesprochen diuretisches Mittel, obwohl seine Anwendung fast nur auf akute Blennorrhoe und Cystitis sich beschränkt hat. Die schmerzstillende Wirkung, die es besitzt, rührt davon her, daſs es direkt die Nervenendigungen beeinfluſst; ferner wirkt es dadurch unterstützend auf die Behandlung, daſs es sich nicht zersetzt und keinen günstigen Nährboden für das Wachstum der Gonokokken bietet. Entsprechend den Untersuchungen Pohls soll auch das Cavain die Zahl der weiſsen Blutkörperchen vermehren und dadurch (Zunahme der Alexine) einen gewissen Grad von Immunität bewirken. Cavain wird in der Dosis von 0,02 vier- bis fünfmal täglich gegeben und B. rühmt unter Anführung von vier Fällen die schmerzstillende und antiseptische Wirkung des Mittels, das auch keine unangenehme Nebenwirkung auf den Magen habe. Mit Literaturangaben, bis auf das Jahr 1844 zurückreichend. *Stern-München.*

Bemerkungen zur Bedeutung des Arhovins für den praktischen Arzt, von Maximilian Perl. (*Therap. Centralbl.* 13. Nov. 1909.) Empfehlung des Arhovins, auch in lokaler Anwendung in der Form von Injektionen, zwei bis fünf Arhovin auf 100 Ol. oliv. *W. Lehmann-Stettin.*

Untersuchung über 329 Fälle von Blennorrhoe beim Manne mit besonderer Berücksichtigung des therapeutischen Wertes des Arhovin, von A. L. Wolbarst-New York. (*Zeitschr. f. Urologie u. vener. Krankh.* 1909. Nr. 2.) Autor hält Arhovin für „ein ausgezeichnetes Mittel zur Unterstützung der geeigneten Lokalbehandlung der Blennorrhoe, da es die Entzündung der Schleimhaut mindert — nichts mehr, nichts weniger." Übrigens wurden mikroskopische Untersuchungen hierbei nicht gemacht und aus diesem Grunde ist der Wert der vorliegenden Untersuchungen nicht sehr überzeugend. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Anwendung des Gonosans bei Cystitis und Blennorrhoe, von Henry Irving Berger-Indianopolis. (*Dtsch. Medizinal-Ztg.* 1910. Nr. 2.) Für den Verfasser ist die Darreichung von Gonosan in allen Fällen von Entzündung der Schleimhäute des Urogenitaltraktus indiziert, in welchen desinfizierende, bakterizide, adstringierende und analgesierende Mittel am Platze sind. *Schourp-Danzig.*

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Thyresol, von Scheuer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 36.) Verfasser steht auf dem Standpunkt der gemischten Blennorrhoe-Therapie durch entsprechende Diät, Balsamika und Lokalbehandlung. Von den 67 behandelten Patienten wurden fünf mit Blennorrh. acut. et. poster. und Prostatitis ausschlieſslich mit Thyresol behandelt und zwar mit den Perlen. Nach vier- bis sechswöchentlicher Medikation war der Urin klar, jedoch in zwei Fällen noch Filamente in der ersten Urinportion mit positivem Gonokokkennachweis, so daſs also auch dem Thyresol wie den übrigen Balsamicis eine Gonokokken vernichtende Wirkung nicht zugeschrieben werden kann. Nierenreizungen traten nie auf, Aufstoſsen gehörte zu den seltensten Ausnahmen. In zwei Fällen wurde über Kreuzschmerzen geklagt, jedoch ohne positiven Befund im Harn und nur in fünf Fällen waren leichte Magen- und Darmstörungen nach Verabreichung der Perlen zu verzeichnen.

Strickrodt-Hamburg.

Über Thyresol, ein neues Blennorrhoepräparat (in Tablettenform), von E. Schneider. (*Allgem. medizin. Central-Ztg.* 1909. Nr. 43.) Von 50 mit Thyresoltabletten behandelten Fällen von Blennorrhoe werden vier ausführlich angeführt. Das Präparat steht in Bezug auf seine Wirkung den besten Sandelölpräparaten gleich, beseitigt wie jene Reizerscheinungen, Schmerzen und Tenesmus und trägt zur Klärung der zweiten Harnportion bei. Es besitzt keine Nebenwirkungen und teilt der Kleidung wie der Atmungsluft nicht so sehr den bekannten Geruch mit. Die Tablettenform ist ein grofser Fortschritt und auch der Einflufs derselben auf die Defäkation machte sich bemerkbar. *Strickrodt-Hamburg.*

Über Thyresol, ein neues Sandelölpräparat, von Eckermann. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 21.) Nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Die Behandlung der Blennorrhoea posterior mit Thyresoltabletten, von Eduard Bäumer-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 21.) Warme Empfehlung der Thyresoltabletten zur Behandlung der Blennorrhoea posterior und der blennorrhoischen Cystitis auf Grund von 20 eigenen Beobachtungen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Thyresoltabletten als Unterstützungsmittel der lokalen Blennorrhoetherapie, von Krebs. (*Fortschr. d. Med.* Jahrg. 28, Nr. 8.) Der Titel sagt alles.

Haas-Hamburg.

Über Verwendung von Thermopenetration in der Blennorrhoetherapie, von Ernst Eitner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) Nachdem v. Zeynek gezeigt hat, dafs Hochfrequenzströme nicht nur an der Oberfläche des tierischen Körpers fliefsen, wie man früher geglaubt hat, sondern dafs sie den direkten Weg durch den Körper nehmen und im Gewebe Wärme als Widerstandswärme erzeugen, hat man bekanntlich versucht, tiefer liegenden Geweben auf diese Weise Wärme zuzuführen und dieses Verfahren Thermopenetration genannt. E. hat nun nach vorbereitenden Experimenten am Hunde versucht, das Verfahren am männlichen Gliede zur Behandlung der Blennorrhoe zu verwenden, ist aber, um Schädigungen zu vermeiden, nicht über eine Erwärmung von 42° hinausgegangen; seine Resultate sind bis jetzt noch nicht ermutigend, doch glaubt er, dafs bei zunehmender Erfahrung das Verfahren in der einen oder anderen Form sich einbürgern wird.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der Blennorrhoe mittels Spülungen, von H. C. French-Woolwich. (*Brit. med. Journ.* 1. Mai 1909.) Entgegen den Empfehlungen von Moore erklärt F., dafs im Militärlazarett zu Woolwich im Laufe der letzten vier Jahre mehr als 1200 stationäre Patienten mehr oder weniger intensiv mittels Irrigationen behandelt worden sind, dafs aber die Durchschnittsdauer der Kur immerhin sechs bis sieben Wochen betragen hat. Den Berichten über Schnellkuren bringt Verfasser ein entschiedenes Mifstrauen entgegen; viele dieser Angaben beruhen zweifellos auf einer nur temporären Unterdrückung des Ausflusses, gelegentlich infolge von Komplikationen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine Methode zur Schnellbehandlung beginnender Blennorrhoe mittels Argyrol, von E. G. Ballenger-Atlanta, Ga. (*The Therap. Gazette.* Nov. 1909.) Fälle, die überhaupt zur abortiven Behandlung sich eignen (in denen die Gonokokken noch nicht in die tieferen Lagen der Schleimhaut eingedrungen sind und noch im vorderen Teile der Harnröhre sitzen) werden binnen einer Woche durchschnittlich zur Heilung gebracht, wenn täglich zweimal 20 Tropfen einer 5—8%igen Lösung von Argyrol in die vordere Harnröhre injiziert und daselbst mehrere Stunden lang gehalten werden. Dies geschieht am sichersten dadurch, dafs der vorher mit 10%iger Cocainlösung unempfindlich gemachte Meatus durch einen Kollodiumüberzug verschlossen wird.

Nach drei Tagen genügt eine einmalige Applikation pro Tag. Glückt die Abortivbehandlung nicht, so tritt keineswegs eine Verschlimmerung der Blennorrhoe ein wie nach manchen anderen Abortivmethoden, sondern der Verlauf gestaltet sich leichter; ja die weitere Behandlung kann in vorteilhafter Weise mit täglich einmal vorgenommenen Argyrolinstillationen fortgeführt werden. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Blennorrhoetherapie. Erfahrungen mit einem neuen Silberpräparat „Syngol" aus der Praxis von Dozent Dr. Höttinger-Zürich, von O. Kollbrunner-Zürich. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) Seit zwei Jahren ist von H. das Syngol bei mehreren hundert Blennorrhoekranken mit günstigstem Erfolg angewandt. Sofort nach manifest gewordener Infektion werden Einspritzungen mit einer 2—4 pro Mille starken Lösung von mindestens 15 Minuten Dauer nach jeder Urinentleerung verordnet. Nebenbei kann man innerlich Balsamica geben, doch sind diese in der Mehrzahl der mit Syngol behandelten Fälle vollständig entbehrlich. Heilung erfolgte bei 80 % der Fälle in spätestens vier bis sechs Wochen, bei der Hälfte dieser Fälle war sogar in drei und zwei Wochen völlige Heilung eingetreten. Das Syngol, ein Silberpräparat, wird von der chemischen Fabrik vorm. B. Sigfried & Co., Zofingen, Schweiz, hergestellt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Blennorrhoe in der allgemeinen Praxis, von J. Edward M. Cracken-Liverpool. (*Med. Press and Circular.* London, 5. Mai 1909. Nr. 3625.) Autor empfiehlt Protargol lokal und Allosan innerlich als beste Behandlungsmethode der Blennorrhoe. *Arthur Schucht-Danzig.*

Allosan, von John R. O'Brien-Irland. (*The Therapist.* 1909. Nr. 3.) Wenig überzeugend wirkende Empfehlung dieses „Antiblennorrhoicums".

Arthur Schucht-Danzig.

Die Behandlung der Blennorrhoe in der allgemeinen Praxis, von J. E. M. Cracken-Liverpool. (*Med. Press and Circular.* 5. Mai 1909.) Empfehlung des Allosan als Adjuvans der externen Behandlung, die bei Männern am besten in der Form lokaler Applikationen von Silbernitratsalben vorgenommen wird. Bei Epididymitis hat C. im akuten Stadium einiger Fälle eine Abkürzung der Krankheitsdauer durch Auftragen von reinem Naftalan erreicht. *W. Lehmann-Stettin.*

Moderne Blennorrhoetherapie, von Robert Lewin-Berlin. (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 15. Jan. 1910.) Der Vorschlag der neuen Behandlung geht von Karo aus; er nahm das nach Caspers Angaben hergestellte „Katheterpurin", das sich mit allen antibakteriellen Mitteln mischen läßt, und brachte es in Tuben, die vorn nach Art der Tripperspritze konisch zugespitzt sind und aus denen mittels eines am unteren Ende angebrachten Schlüssels durch Umdrehung die Masse herausgedrückt wird. Die Masse gleitet leicht in die Harnröhre und kann durch sanftes Streichen sehr leicht bis in die Pars posterior urethrae gebracht werden. Die Patienten des Verfassers waren mit dem Tubenverfahren sehr zufrieden und froh über den Fortfall der Injektionsspritze. Die Behandlungsdauer war erheblich abgekürzt; Erkrankungen der Pars posterior blieben aus. — Bei chronischen Fällen empfiehlt der Verfasser die Kombination der Tubenbehandlung mit der Sondenbehandlung. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der Blennorrhoe beim Manne, von J. R. Hayden-New York. (*Med. Record.* 17. Juli 1909.) H. verwirft Kal. permang. und alle Silberpräparate im akuten Stadium, ist ein ausgesprochener Gegner der Janetschen Behandlung sowie aller Druckspülungen. Er hält die ersten Tage den Patienten womöglich im Bett, gibt erst dann Sandelöl, das er in den ersten Tagen auch für kontraindiziert hält, läßt den Patienten mit Bor- und Zinklösungen, erst weiterhin mit Arg. nitr., beginnend mit 1 : 16000, spritzen und gibt im weiteren Verlaufe Instillationen mit

weichem Katheter und Spritze in den Bulbus. Wie lange bei diesem Verfahren durchschnittlich die Blennorrhoe dauert, gibt er nicht an. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe beim Manne, von H. M. Christian-Philadelphia. (*The Therap. Gazette.* März 1909.) „Es ist zwar nicht ganz mit Unrecht gesagt worden, daſs die Behandlung des Trippers heute noch ebenso lange dauere wie vor 20 Jahren, aber es darf dabei nicht vergessen werden, daſs wir heute ganz andere Anforderungen an eine „geheilte" Blennorrhoe stellen, als in früheren Jahren." — Ch. behält Patienten mit sehr heftigen akuten Symptomen während der ersten acht Tage ohne Lokalbehandlung im Bett und läſst dann Injektionen in der Weise vornehmen, daſs auf mehrmaliges Ausspritzen der vorderen Harnröhre mit dünner Kal. permang.-Lösung irgend eins der modernen Silberpräparate eingespritzt und zehn Minuten einbehalten wird. Dies geschieht dreimal am Tage. Die Permanganatlösung wird nach und nach in steigender Konzentration gegeben und langsam durch ein Adstringens ersetzt, das beim Wegbleiben der Gonokokken auch das Silberpräparat allmählich verdrängt. Bei Erkrankungen der hinteren Harnröhre wird ein paar Tage ausgesetzt und dann tägliche Janetsche Irrigationen vorgenommen mit nachfolgender Instillation einer Silberlösung, die der Patient möglichst lange einzubehalten ermahnt wird. Durchschnittliche Dauer sechs bis acht Wochen. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Blennorrhoe. (*The Therap. Gazette.* Febr. 1909.) Besprechung einer Arbeit von French (*Journ. of the Royal Medical Corps.* Nov. 1908), die die Erfahrungen mit 5000 stationär behandelten Patienten der letzten 15 Jahre wiedergibt. Die Patienten bleiben durchschnittlich die ersten sechs Tage ohne lokale Behandlung im Bett und bekommen dann, wenn die vordere Harnröhre allein erkrankt ist, täglich zwei- bis dreimal anteriore Irrigationen mit warmer Kal. permang.-Lösung, die von 1:5000 langsam an Konzentration steigt. Bei Erkrankung der hinteren Harnröhre werden, gewöhnlich erst nach vier Wochen, posteriore Spülungen (Druckhöhe $2^1/_2$ m) mit dem gleichen Medikament vorgenommen. Heilung durchschnittlich sechs Wochen. Bei länger dauernden Fällen finden sich neben Erkrankungen der Prostata und Strikturen endoskopisch nachweisbare Infiltrate („granular patch") und zwar eine besonders häufige Prädilektionsstelle an der unteren Wand der Urethra, ungefähr 10 cm vom Orificium entfernt, die im Endoskop einzustellen und lokal mit Arg. nitr. zu behandeln ist *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Blennorrhoe, von Rob. John Pritchard. (*Therapist.* Bd. XIX, Nr. 10. Okt. 1909.) Eine Empfehlung des Allosan. Die drei angeführten Krankengeschichten sollen zeigen, daſs Blennorrhoe in ca. vier Wochen durch Allosan ohne Injektionen heilbar ist. Gonokokkenuntersuchungen wurden zur Konstatierung der Heilung nicht gemacht, eine Krankengeschichte schlieſst so: „und hörte ich dann von meinem Patienten, daſs er ganz geheilt sei." Derartige „Arbeiten" können wohl selbst der das Präparat produzierenden chemischen Fabrik eher schaden als nützen. *Arthur Schucht Danzig.*

Zur Behandlung der Blennorrhoe, insbesondere der chronischen Infiltrate der Urethra des Mannes, von Werner Budde-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1910. Nr. 9.) Wiederholte Empfehlung der Tubenbehandlung der Blennorrhoe nach Karo. Auch für die Sondenbehandlung erscheint dem Verfasser die Anwendung des Tuboblennals — mit 0,5—2%iger Resorcinbeimischung — zweckmäſsig. Diese Injektionsmasse spritzt er vor der Bougierung in die Harnröhre ein und macht dadurch die Schleimhaut schlüpfrig und zugleich der chemischen Wirkung des Medikaments zugänglich. *Schourp-Danzig.*

Zur Blennorrhoetherapie, von R. Brichta-Wien. (*Med. Blätter.* 1909. Nr. 45.) Empfehlung des Arhovin. *W. Lehmann-Stettin.*

Therapie der chronischen Blennorrhoe, von Jungano. (*Assoc. ital. di urolog.* 3. bis 5. November 1909 referiert in *La riforma med.* 1910. Nr. 6.) Der Artikel enthält keine neuen Gesichtspunkte. *Gunsett-Strafsburg.*

Vier Fälle blennorrhoischer Arthritis, mit Vaccine behandelt, von W. R. Jack-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* April 1910.) In jedem der Fälle wurde zuvor der opsonische Index bestimmt, der 1,52—0,6 betrug und in einem der Fälle bei einer Dosis von 10 Millionen (Gonokokken) in die negative Phase trat. Während in drei Fällen die Besserung nur langsame Fortschritte machte, war dieselbe in dem vierten Falle, wo autogene Vaccine zur Anwendung kommen konnte (aus dem Gelenksexsudat gewonnen), eine auffallend rasche und waren nur wenige Injektionen zur Heilung notwendig. Im allgemeinen empfiehlt J. bei blennorrhoischer Arthritis nur ein bis zwei Millionen alle drei bis fünf, oder fünf Millionen alle fünf bis sieben, oder zehn Millionen alle acht bis zehn Tage zu injizieren; höhere Dosen sind selten notwendig und immer sollte man mit niederen Dosen beginnen und allmählich dieselben steigern. Dosen von zehn Millionen oder mehr können sogar schädlich wirken. Immerhin lehren die Fälle J.s, welch günstige Wirkung die Vaccinebehandlung der blennorrhoischen Arthritis hat, da auch schwere Fälle, wo mehrere Gelenke befallen sind, mit der weniger wirksamen Stockvaccine nur sechs Wochen zur Heilung brauchten. *Stern-München.*

Pulmonale und pleurale Komplikationen der Blennorrhoe. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 4.) Blennorrhoische Erkrankungen der Lungen und der Pleura sind selten. Beobachtet wurden vereinzelte Fälle von blennorrhoischer Pneumonie, etwas häufiger blennorrhoische Bronchopneumonien, Vidal beschrieb einen Fall von blennorrhoischer Lungengangrän; in allen derartigen Fällen enthält das Sputum Gonokokken. Im Verlaufe einer Gonokokkensepsis können auch Lungeninfarkte zustande kommen. — Bei den blennorrhoischen Pleuritiden handelt es sich zumeist um ein serös-eitriges Exsudat; Thayer und Lazéar haben einmal in einem solchen Gonokokken nachgewiesen. *Götz-München.*

Abscesse bei den blennorrhoischen Epididymitiden, von André Charrier-Bordeaux. (*Province médicale.* 1. Jan. 1910. Nach *Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 9.) Ch. hat unter 20 Fällen von blennorrhoischer Epididymitis zehnmal durch Punktion Abscesse nachgewiesen und entleert; gleich anderen Beobachtern hat er festgestellt, dafs der kleine, aber sehr schmerzhafte Eingriff rasch bedeutende Besserung bringt, die Schmerzen nehmen rapid ab, die Temperatur wird normal, die Schwellung geht zurück und der ganze Krankheitsverlauf wird abgekürzt. Die Punktion mufs an der Stelle vorgenommen werden, an der die Schmerzen sowohl spontan wie auf Druck am heftigsten sind. Fluktuation ist nie vorhanden. *Götz-München.*

Die Coniunctivitis blennorrhoica, von A. Trousseau. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 9.) Klinischer Vortrag, in dem die Ophthalmoblennorrhoe, ihre Diagnose und ihre Behandlung eingehend geschildert werden. Zur Behandlung empfiehlt Tr. nur gründliche und ausgiebige, anfangs alle 12, später alle 24 Stunden zu wiederholende Touchierungen der ganzen Lidbindehaut und der Übergangsfalten mit 3%iger Höllensteinlösung; in der Zwischenzeit werden die Augen mit Kompressen, die in Eiswasser getaucht sind, bedeckt und fleifsig mit abgekochtem Wasser, das man zwischen den Lidern einlaufen läfst, gereinigt. Bei sehr starker rheumatischer Verdickung der Schleimhaut sind parallel mit dem horizontalen Durchmesser der Lider verlaufende Skarifikationen zu machen. Sobald eine wesentliche Besserung eingetreten ist, werden die Touchierungen seltener und mit 2, später mit 1%iger Höllensteinlösung vorgenommen; in diesem Stadium tun auch Spülungen mit $^{1}/_{4}$‰iger Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum gute Dienste. Ist die Sekretion sehr gering geworden,

dann können die Touchierungen durch zwei- bis dreimal täglich zu wiederholende Pinselungen der Schleimhaut mit rohem Petroleum ersetzt werden.

Götz-München.

Blennorrhoe des Saccus lacrymalis, von J. Reid. (*Brit. med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Kurzer Bericht über einen Fall dieser Affektion bei einem sechs Monate alten Kinde im Anschlufs an Masern. Heilung prompt nach Eröffnung des Sackes und Sondierung unter Chloroformnarkose. (Dafs wirklich eine Infektion mit Gonokokken vorlag, ist durch die Angaben R.s nicht erwiesen. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kongenitale Blennorrhoe des Saccus lacrymalis, von S. G. Corner-Coggeshall. (*Lancet.* 1. Jan. 1910.) Sofort nach der Geburt des Kindes fiel Verfasser die Schwellung beider Tränensäcke auf, die in den nächsten Tagen noch zunahm, trotzdem sich ein ziemlich reichlicher schleimig-eitriger Ausflufs entleerte. Auf der einen Seite wurde eine Inzision nötig, während auf der anderen durch einfaches Ausdrücken und die Anwendung von milden desinfizierenden Umschlägen Heilung erfolgte. (Bakteriologisch scheint der Fall nicht untersucht worden zu sein. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Behandlung der blennorrhoischen und der gemischten Infektion des weiblichen Genitaltraktes mittels des Milchsäurebacillus, von D. Watson-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Von dem sehr wohl begründeten Gedanken ausgehend, dafs durch die gebräuchlichen Desinfektionsmethoden die natürliche Resistenzfähigkeit der Schleimhaut oft in unzweckmäfsiger Weise beeinträchtigt wird, hat Verfasser versucht, diese organische Schutzkraft wiederherzustellen und zu steigern durch die Einführung von säurebildenden Bakterien, welche wie der Doederleinsche Bacillus die normale Schutzkraft der Vagina bedingen resp. erhöhen. Er verwendete dazu ein Filtrat von „Sauerkultur“ aus der städtischen Molkerei in Glasgow unter Zusatz von Milchzucker und eventuell einer zerdrückten Tablette von Milchsäurebazillen. Nach gründlicher Desinfektion des erkrankten Gebiets und Beseitigung aller desinfizierenden Flüssigkeit wird die Milchflüssigkeit in die Vagina eingebracht. Oft genügte eine einmalige Behandlung; in anderen Fällen wurde dieselbe wöchentlich wiederholt bis zur Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Hautfette, von P. G. Unna und L. Golodetz. (*Biochem. Zeitschr.* 1909. Bd. 20, Heft 6.) Seitdem Krause, Henle und andere das Hautfett als das Produkt der Talg- und Knäueldrüsen erklärt hatten und Ranvier 1875 in den basalen Hornzellen das Eleidin als ein von dem Produkt dieser Drüsen verschiedenes Fett beschrieben hatte, das er mit dem Keratohyalin Waldeyers identifizierte, hat die Lehre von den Hautfetten manche Wandlungen durchgemacht. So wies Buzzi nach, dafs das Keratohyalin der Körnerschicht und das Eleidin der basalen Hornschicht ganz verschiedene Substanzen sind. Liebreich glaubte, das Lanolin bzw. die darin befindlichen Cholesterinfette in allen tierischen Hornsubstanzen und so auch in der menschlichen Oberhaut durch Liebermanns Cholestolreaktion nachweisen zu können und sprach die Vermutung aus, dafs Ranviers Eleidin ein Gemenge von Eiweifs und Cholesterinfett, ja sogar eine chemische Vorstufe des Lanolins sei. Viele Autoren haben sich mit dieser Frage beschäftigt, doch haben weder die Arbeiten von Filehne und von Sticker noch von Linser u. a. volle Klarheit in die Frage der Hautfette gebracht. Doch konnte 1908 Ciliano mit Sicherheit nachweisen, dafs das Eleidin ein albuminartiger, genuiner Eiweifskörper ist.

Durch die Arbeiten von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ, welche fanden, dafs das Lanolin durch eine Reihe chemisch gut charakterisierter Bestandteile: Isocholesterin, Cholesterinoxydate usw. gekennzeichnet ist, konnte die Frage, ob das Hautfett Lanolin enthält, mit gröfserer Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden, besonders da das Isocholesterin und die Oxycholesterine spektroskopisch leicht und sicher nachweisbar sind. Ebenfalls gelang es LIFSCHÜTZ, nachzuweisen, dafs cholesterinfreie Cholesterinester oder -Fette die LIEBERMANNsche Reaktion nicht geben, dafs also aus dem positiven Ausfall der LIEBERMANNschen Cholesterinreaktion immer nur auf die Existenz des Cholesterins, nicht aber, wie es LIEBREICH tat, auf die Existenz von Cholesterinestern (Cholesterinfetten) geschlossen werden darf. Bereits 1907 hatte UNNA in einer in *diesen Monatsheften* mitgeteilten Arbeit eine Untersuchung von sechs gemischten Hautfetten (Vernix caseosa usw.) gebracht, in welcher die Abwesenheit von Lanolin in diesen zusammengesetzten Hautfetten nachgewiesen wurde. In der vorliegenden Arbeit untersuchte er drei reine Hautfette, und zwar das Talgdrüsenfett, das Knäueldrüsenfett der Fufssohle und der Hohlhand. Zugleich wurden die früheren Resultate über die sechs gemischten Hautfette verbessert. Folgendes sind die Ergebnisse dieser Arbeit:

1. Es gibt ein wohlcharakterisiertes Hautfett, welches den Knäueldrüsen entstammt.

2. Zwischen dem Knäuelfett und dem Hauttalg, dem Sekret der Talgdrüsen, bestehen erhebliche Verschiedenheiten. Der Talg hat einen höhereneSchmelzpunkt und eine hellere Farbe, das Knäuelfett einen niedrigeren Schmelz-Schmelzpunkt, eine dunklere, bräunliche Farbe und einen eigenartigen Geruch. Diesen physikalischen Differenzen entsprechen quantitative Verschiedenheiten in den Verhältnissen der chemischen Bestandteile.

3. Alle intra- und extracellulären Fette der Haut sind frei von Isocholesterin. Damit ist eine nähere Verwandtschaft des Hautfettes mit dem Lanolin (Wollfett) ausgeschlossen.

4. Es gibt unter den Bestandteilen der Hautfette Cholesterinester, deren Vorhandensein man früher irrtümlich auf Grund des positiven Ausfalls der Cholestolreaktion annahm, welche in dieser Arbeit aber zum ersten Male sicher qualitativ und quantitativ nachgewiesen wurden.

5. Unter den Hautfetten sind der chemischen Zusammensetzung nach Zellenfette und Sekretfette zu unterscheiden.

6. Unter den Zellenfetten zeichnet sich das Fett der Stachelschicht durch seinen Reichtum an Cholesterin und seine Armut an Cholesterinestern aus.

7. Das Fett der Hornschicht hingegen enthält ungefähr ebensoviel Cholesterin frei wie in Form von Estern gebunden. Mit der Verhornung geht also eine Bindung des Cholesterins und eine Bildung von Cholesterinestern einher.

8. In Sekretfetten findet umgekehrt ein Zerfall der Cholesterinester unter Freiwerden des Cholesterins statt. So enthält das Handknäuelfett relativ mehr Cholesterinester und weniger Cholesterin, das Fufsknäuelfett mehr Cholesterin und weniger Cholesterinester.

9. Teils durch diesen Umstand, teils durch seine überaus hohen Säurezahlen (beispielsweise 187), teils durch seinen höheren Gehalt an Oxycholesterin zeigt das Fufsknäuelfett stets einen höheren Grad von sekundärer Veränderung (Zersetzung) als das Handknäuelfett.

10. Einen noch höheren Gehalt an Oxycholesterin als das Fufsknäuelfett zeigt der Talg. Dieses für die Haare des Menschen bestimmte Fett

läfst hierdurch eine gewisse Neigung zur Oxydation des Cholesterins erkennen, wie sie in viel höherem Grade ausgeprägt beim Wollfett des Schafes vorkommt.

11. Im Gegensatz zu diesen Sekretfetten enthalten die Zellenfette der Oberhaut kein Oxycholesterin. Das Cholesterin des intracellularen Fettes unterliegt mithin nicht so leicht der Oxydation wie das des extracellulären, im Kontakt mit der Atmosphäre befindlichen. Eine isolierte Stellung in dieser Beziehung nimmt der Nagel ein, welcher ziemlich viel Oxycholesterin enthält. *Gunsett-Strafsburg.*

Bau und Bedeutung der Hornsubstanzen, von Golodetz. (*Die Umschau.* 1908. Heft 42.) Die Darlegungen betreffen vorwiegend die grundlegenden Untersuchungen, welche Unna und Golodetz 1907 in ihrer Arbeit „Neue Studien über die Hornsubstanz" in *diesen Monatsheften* niedergelegt haben.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Verhornung, von P. G. Unna - Hamburg. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 46.) Verfasser entwirft kurz ein Bild der Verhornungsfrage nach den neuesten Forschungen und weist auf die noch schwachen Punkte, welche zugleich die Fragen der zukünftigen Hornforschung bilden: 1. Die Zusammensetzung des Keratohyalins und des glykogenhaltigen Körpers der infrabasalen Hornschicht; 2. die Entstehung der Ölsäure der basalen Hornschicht; 3. die Konstitution des Granoplasmas, des Spongioplasmas und der Membran der Stachelzellen als Muttersubstanzen der Hornalbumosen, des Keratins B und des Keratins A; 4. das noch unbekannte Schicksal der Epithelfaserung und der Zellbrücken während der Verhornung und damit die Ursache des Zusammenhaltens der Hornzellen, die Ursache der Bildung einer Hornschicht.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über das elastische Gewebe der Mammilla im normalen und pathologischen Zustande, von Emil Savini und Therese Savini - Berlin. (*Virchows Arch.* Bd. 198, Heft 3.) Die Verfasser untersuchten 16 Brustwarzen vom Manne, vom Weibe in der Pubertätsentwicklung, im laktierenden Zustande und im Alter des Zurückgehens sowie im pathologischen Zustande. Als Färbemethoden benutzten sie für das elastische Gewebe die Weigertsche, die Taenzersche und eine modifizierte Bendasche. Sie fanden, dafs die Entwicklung des Elastikagewebes bis zur Pubertät fast gar keine Rolle spielt. Erst mit dem Eintreten der Laktation nimmt das elastische und das muskuläre Element einen deutlichen Anteil an der Entwicklung der Mamma. Im und nach dem Klimaktarium bleibt das elastische Gewebe gut entwickelt oder vermehrt sich noch weiter, während die Muscularis zurückgeht.

Bei allen pathologischen Prozessen ist zuerst die Entwicklung des interstitiellen Bindegewebes auffallend, ferner eine mächtige Hyperplasie der Elastika und entsprechende Atrophie der Muscularis zu beobachten. Letzteres ist besonders bei scirrhösen Carcinomen festzustellen. Die Elastikahyperplasie ist als ein kompensatorischer Regenerationsprozefs infolge des degenerativen Muscularisschwundes aufzufassen.

Schourp-Danzig.

Kritisches zur Melaningenese, von Meirowsky-Köln a. Rh.

Erwiderung auf Herrn Meirowskys vorstehende Mitteilung: „Kritisches zur Melaningenese", von Alfred Jaeger-Frankfurt a. M. (*Virchows Arch.* Bd. 199, Heft 3.) Polemik. *Schourp-Danzig.*

Über Einschlüsse im Kern der Leberzelle und ihre Beziehungen zur Pigmentbildung, a) beim Hund, b) beim Menschen, von C. Eugen Brandts. (*Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path.* 1909. Bd. 45, und *Sitzungsber. d. Gesellsch. f. Morph. u. Physiol. in München.* 1908.) Brandts' Untersuchungen über Kerneinschlüsse und das Pigment in der Zelle der Hunde- und Menschenlebern ergeben zwei Arten von Einschlüssen und zwei Arten von Pigment. Einmal Erythrocytensubstanz im Kern und

das Pigment eisenfrei, nicht lipochrom, und dies bei älteren gesunden Hunden. Bei einem erkrankten alten Hund sowohl Erythrocytensubstanz im Kern als auch fettartige Umwandlung der Kernsubstanz, dabei beide Arten von Pigment, sowohl eisenfreies nicht lipochromes Pigment als auch eisenfreies lipochromes Pigment.

In der menschlichen Leberzelle vorläufig nur nachweisbar im Kern fettartige Umwandlung der Kernsubstanz, dabei lipochromes Pigment im Cytoplasma. Dann auch nicht lipochromes, eisenfreies, gelbbraunes Pigment, das bei Analogieschlufs mit der Hundeleber ebenfalls durch Aufnahme von Erythrocytensubstanz entstehen könnte. Bei beiden Arten von Pigment sehen wir Beziehungen zu den Kerneinschlüssen. — Der Vorgang der Pigmentbildung in der Leberzelle scheint demnach sehr kompliziert zu sein. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Über postmortale Pigmentbildung, von H. Königstein - Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Die von Meirowsky u. a. ausgeführten Beobachtungen über Pigmentbildung an exzidierten Hautstückchen hat Verfasser verschiedentlich nachgeprüft und bestätigt gefunden. Aus seinen verschiedentlichen, hier eingehend mitgeteilten Versuchen zieht er den auch für die vitalen Vorgänge bei der Pigmentbildung bedeutsamen Schlufs, dafs zur Entstehung von Pigment zwei oder mehr Körper nötig sind, die aber für gewöhnlich durch eine Scheidewand voneinander getrennt sind. Diese Scheidewand wird durch ein Phosphatid gebildet. Wird diese Scheidewand durch irgendwelche Agentien, wie Alkohol, Äther, ferner Lichteinwirkungen, Temperatureinflüsse usw. zerstört, so ist damit der Zusammentritt der pigmentbildenden Körper angebahnt. Aus dem Bericht über die interessanten Versuche, durch welche Verfasser diese Ansicht des Vorganges stützt, möge nur noch hervorgehoben werden, dafs durch Behandlung mit Chlorkadmium jegliche nachträgliche Pigmentvermehrung an den betreffenden Hautstückchen inhibiert wurde. Die Erklärung für diese Erscheinung ist die, dafs durch dieses Salz das die Scheidewand bildende Phosphatid in eine unlösliche Verbindung übergeführt wird, welche allen späteren Einwirkungen zu widerstehen imstande ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Haarpigment und das Ergrauen, von L. Stieda-Königsberg i. Pr. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 13.) Ein plötzliches Ergrauen des Haupthaares ist bisher mit Sicherheit nicht erwiesen. St. bestreitet, dafs es jemals vorgekommen ist oder vorkommen wird. Das allmähliche — physiologische — Ergrauen des Haupthaares beruht nicht auf einer Veränderung oder auf einem Schwund des Haarpigments: es werden nicht dunkle Haare weifs und farblos, sondern die dunklen — pigmentierten — Haare fallen aus und helle — pigmentlose — weifse Haare treten an die Stelle. *Schourp-Danzig.*

Über den Haarwechsel, von L. Stieda-Königsberg. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) Im Gegensatze zu Stöhrs Ansicht, wonach das alte Haar sich von der Papille entfernt, der Haarbalg zusammenfällt und ein Haarstengel produziert wird, behauptet Stieda auf Grund seiner Untersuchungen, dafs sich beim Haarwechsel aus einem neuen Haarkeim ein neues Haar bildet. Beim ersten Haarwechsel während der Embryonalzeit entsteht der neue Haarkeim sehr früh aus der Anlage des Primärhaares. Beim späteren Haarwechsel entsteht der neue Haarkeim am unteren Ende des Haarbalges aus den den Haarkolben umgebenden Zellenmassen. Jeder neue Haarkeim hat eine neue Papille; das neue Haar hat zur alten Papille keine Beziehung. Die Entstehung eines neuen Haarkeims beim späteren Haarwechsel erfolgt gleichzeitig mit der Verkürzung des Haarbalges und der Wurzelscheiden. Der Haarbalg fällt nicht zusammen. *Schourp-Danzig.*

Haartragende Papillen mit zusammengesetzten Endverzweigungen, mit hinzukommenden und sich teilenden Verzweigungen, von Giovannini. (*Anatom.*

Anzeiger. Bd. XXXIV, Nr. 9—11.) Die neuen Papillen, die G. beschreibt, sind alle den Haaren des Bartes des menschlichen Kinnes zu eigen; sie sind sehr selten, da sie sich nur in 4% der untersuchten Objekte fanden. Es gibt drei Kategorien. Die erste umfafst die mit 2—13 Endverzweigungen, von denen gewöhnlich eine oder höchstens zwei oder drei sich an ihrem Ende in zwei, drei oder selten fünf Äste teilen oder sich noch fein verzweigen. Die zweite, die Gruppe der einfachen Papillen mit einfachen, nicht zusammengesetzten Fortsätzen, höchstens 1—4. Die dritte besteht aus Paaren von Papillen, zusammengehalten von einem gemeinsamen Stiel.

Haas-Hamburg.

Haare bei erwachsenen Delphinen, von W. Kükenthal-Breslau. (*Anatom. Anzeiger*. 1909. Bd. 35, Nr. 1.) Autor untersuchte in der Zoologischen Station in Rovigno zwei frische Delphine. Es fanden sich an den Kiefern neben rudimentären Haaranlagen andere, die zwar keinen freien Haarschaft aufzuweisen haben, die aber sonst durchaus keinen rudimentären Eindruck machen, so dafs die Vermutung berechtigt ist, in diesen umgewandelten Sinushaaren noch näher zu untersuchende Hautsinnesorgane vor sich zu haben. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Reinigung und Desinfektion der Talgdrüsen vermittelst des elektrischen Stromes, von Ed. H. Blanc-Paris. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 46.) Der Verfasser bekam die erste Anregung für seine Methode, als er zufällig 12 bis 15 dicke Comedonen spontan verschwinden sah bei einer Frau, welche wegen Schlaflosigkeit fünf bis sechs Applikationen eines 10 Milliampère starken konstanten Stromes auf die Stirn bekam. Er behandelte daraufhin sowohl Comedonen als die einfache Talgdrüsenseborrhoe, ferner auch Demodex folliculorum auf diese Weise und stellt sich vor, dafs durch den elektrischen Strom die Chlornatriumlösung des Körpers polarisiert wird, dafs hierdurch an der negativen Elektrode Natrium frei wird, welches in der Tiefe der Follikel neue Verbindungen eingeht und so das in ihnen aufgehäufte Fett verflüssigt. Nach einigen elektrolytischen Sitzungen lösen sich tatsächlich die Comedonen und Fettcylinder spontan und die Haut bekommt ein gesundes Aussehen. Sind die Fettmassen entfernt, so können durch Jod-, Schwefel- oder Salicyllösungen, in welche die negativen Elektroden getaucht wurden, die Follikel desinfiziert werden, da die negative Elektrode aus diesen Lösungen durch Ionenwirkung die wirksamen Stoffe in die Tiefe der Follikel bringt.

Er benutzt als Elektroden sieben bis acht übereinandergelegte Gazestreifen, welche über ein Metallgerüst (Silber, Platin, galvanisiertes Eisen) gespannt sind und welche in eine 1%ige Lösung von Natrium salicylicum getaucht werden. Nur für Demodex folliculorum wendet er eine 1%ige Lösung von unterschwefligsaurem Natron an. Für die Stirn haben die Elektroden 15 cm Länge und 7 cm Breite, für die Nase haben sie die Form einer Nasenmaske. Diese Elektroden werden mit dem negativen Pole verbunden, die positive wird auf den Arm appliziert. Der Strom selber wird allmählich bis auf 4 Milliampère gebracht und fünf Minuten lang gelassen. Alle zwei Tage findet eine Sitzung statt. Die ganze Behandlung dauert ungefähr drei Wochen, innerhalb deren man ungefähr zehn Sitzungen vornimmt, wobei man, soweit es die Haut erlaubt, immer stärkere Ströme anwenden kann. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Rückbildung an Talgdrüsen, von J. Misumi-Bonn. (*Virchows Arch. f. path. Anatom. u. Physiol.* Bd. 197, Heft 3.) Bei der Untersuchung transplantierter Gewebe fand Ribbert eine Umwandlung der Talgdrüsen derart, dafs die sonst aus hellen, polygonal abgeplatteten Zellen bestehenden Alveolen eine Scheidung erfahren in eine peripherische Zone, die sich aus geschichteten, nach innen zu abgeplatteten und konzentrisch angeordneten Epithelien zusammensetzt und in dieser Form gewöhnlichen Plattenepithelien durchaus gleicht, während den inneren Raum zu Talg zer-

fallende Zellen einnehmen. Das geschichtete Epithel bestand seltener nur aus zwei, meist aus vielen, bis zu zehn Lagen und auch wohl darüber. Ribbert bezeichnete die Umwandlung der transplantierten Talgdrüse als eine Rückbildung. Misumi untersuchte nun die Kälteeinwirkung auf Talgdrüsen mittels Gefrierens durch den Ätherspray und fand eine Übereinstimmung der Resultate der Transplantation und des Gefrierens. *Schourp-Danzig.*

Über das Netzgeflecht im Innern der Schweiſs- und Talgdrüsenzellen, von E. Bizzozzero und D. Botteselle. (*Archivio per le Scienze Mediche.* 1909. Bd. XXXIII, Nr. 12.) Die Verfasser haben das von Golgi modifizierte Verfahren Ramon y Cajals angewendet und im Innern der Zellen des sezernierenden Teiles der Schweiſsdrüsen ein Retikulum nachgewiesen, welches aus einem eiförmigen Gebilde mit gewellten und kontinuierlichen Umrissen und inneren ineinander geflochtenen Fäden besteht, meistens zwischen dem Kern und dem freien Rand des Elementes, zuweilen in der seitlichen oder äuſseren Portion desselben gelegen ist, eine längliche Gestalt mit der groſsen Achse senkrecht zur Achse der Zelle hat und im Durchschnitt 5 Mikron lang und 3 Mikron breit ist.

Diese Retikula kommunizieren nie mit der Umgebung der Zelle, woraus zu schlieſsen ist, daſs es sich dabei um ein ähnliches Netzwerk handelt, wie es Golgi und zahlreiche seiner Schüler in mehreren Geweben und Organen nachgewiesen haben, und nicht um ein System intracellulärer sezernierender Kanälchen.

Neben diesem Retikulum beobachtet man in der äuſseren und zuweilen in der seitlichen Portion der Zelle Körnchen und Stäbchen, welche bald wellenförmig, bald C-förmig gekrümmt sind, vorwiegend in der Nähe des Kerns liegen und vielleicht den Mitochondrien entsprechen.

Auch in den Zellen der Talgdrüsen beobachtet man, wenn auch selten, in der Nähe der cylindrischen Schicht der Drüse ein um den Kern herum gelegenes Retikulum.

Über die Bedeutung dieser Gebilde äuſsern Verfasser keine Meinung.

C. Riehl-Turin.

Über das Vorkommen von Hautdrüsenorganen bei den anthropomorphen Affen, von August Brinkmann-Kopenhagen. (*Anatom. Anzeiger.* 1909. Bd. 34, Nr. 20 und 21.) Das Hautdrüsenorgan der menschlichen Achselhöhle stand bisher unter den Primaten einzig in seiner Art da. Autor weist nun nach, daſs auch zwei von den anthropomorphen Affen, nämlich Gorilla und Schimpanse, dieses Achselhöhlenorgan besitzen. Dem Orang-Utan und den Gibbonen fehlt es, welche ja auch in einer Reihe anderer Charaktere dem Menschen ferner stehen als Schimpanse und Gorilla.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Bedeutung und die Messung des Widerstandes der menschlichen Haut gegen den galvanischen Strom (Phorometrie), von Fritz Frankenhäuser-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Juni 1909.) Zusammenfassung: „Der Widerstand der lebenden menschlichen Haut beruht auf einem eigenartigen Verhältnis zwischen den nichtleitenden trockenen Geweben und den gutleitenden Flüssigkeiten.

Dieser Widerstand ist daher verschieden je nach der Struktur der Haut. Er ist variabel durch ihre Funktionen. Eine exakte Messung der Widerstandsverhältnisse der lebenden menschlichen Haut ist geeignet, objektive Anhaltspunkte über den jeweiligen Zustand der Haut zu geben.

Man muſs unterscheiden zwischen Strömen, welche die Haut durchdringen, denen der penetrale Widerstand entspricht, und Strömen, welche sich auf der (mehr oder minder feuchten) Oberfläche der Haut ausbreiten, denen der superfiziale Widerstand entspricht. Die allgemein angenommene Behauptung, daſs auf der Oberfläche der Haut keine Leitung stattfinde, ist falsch.

Die bisher übliche Methode, den Widerstand der lebenden menschlichen Haut gegen den galvanischen Strom dadurch zu messen, dafs man feuchte Elektroden auf die Haut bringt, ist für klinische Zwecke durchaus unbrauchbar. Denn sie verändert zunächst von Grund aus das, was sie messen soll: eben den Widerstand der Haut. Ferner berücksichtigt sie überhaupt nicht den wichtigen superfizialen Widerstand.

Um allgemein vergleichbare Resultate zu gewinnen, mufs man die Widerstände, in Ohm ausgedrückt, auf Einheiten der Hautflächen beziehen, und zwar den penetralen Widerstand auf 1 qcm einer einzelnen Hautschicht, den superfizialen Widerstand auf 100 mm Breite und 1 mm Länge des Weges von Elektrode zu Elektrode.

Messungen des Widerstandes der unveränderten Haut in solchen absoluten Mafsen sind mit Hilfe des Phorometers schnell und sicher ausführbar, sowohl für die Leitung durch die Haut hindurch als auch für die bisher bestrittene Leitung auf der Oberfläche der Haut." *Arthur Schucht-Danzig.*

Mikroskopische Technik.

Eine neue und einfache Methode zur Bindegewebsfärbung, von R. Traina-Pavia. (*Centralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat.* Bd. 20. Nr. 23.) Das von Tr. angegebene Verfahren, welches zur guten Differenzierung von Zellen und faseriger Zwischensubstanz führt, besteht in Fixierung in einer beliebigen Konservierungsflüssigkeit, Einbettung in Paraffin, Beizung in einer frisch hergestellten 1%igen wässerigen Resorcinlösung, Auswaschen in destilliertem Wasser, Färbung in einer 1%igen Acridinrotlösung und nachfolgendem Auswaschen in destilliertem Wasser, Färbung in gesättigter wässeriger Pikrinsäurelösung 95 ccm + 1%iger wässeriger Wasserblau- oder Anilinblaulösung 5 ccm, in raschem Auswaschen in Wasser und Entwässern in absolutem Alkohol. Mit Hilfe dieser Methode wird das Bindegewebe himmelblau, das Protoplasma grasgrün gefärbt; die roten Blutkörperchen färben sich kanariengelb, die glatten Muskelfasern grasgrün und die Kerne karminrot.

Schourp-Danzig.

Über Fettfärbung, von Philipp Eissenberg-Krakau. (*Virchows Arch.* B. 199, Heft 3.) Der Verfasser beschreibt farbchemische und histologisch-technische Untersuchungen, nach denen jede Fettfärbung ein physikalischer Lösungsvorgang ist, wobei der Farbstoff aus seinem Lösungsmittel vom Fett herausgezogen wird. Mafsgebend für den Färbungseffekt ist das Verhältnis der Affinitätsgröfsen des Farbstoffes zu den drei konkurrierenden Lösungsmedien: Fett, Gewebe und Lösungsmittel. Der Farbstoff mufs also fettlöslich sein, und es darf seine Lösungsaffinität zum Lösungsmittel bzw. Lösungs- und chemische Affinität zum Gewebe nicht so grofs sein, dafs sie den Farbstoff am Hineindiffundieren in das Fett hindert. Fettfarbstoffe sind dementsprechend entweder indifferente, fettlösliche Farbstoffe oder aber relativ ganz schwache Fettsäuren und mehr oder weniger schwache Farbbasen. Die indifferenten Farbstoffe — manche Azokörper, Indophenole — färben dank der Indifferenz elektiv aus alkoholischen Lösungen, ebenso die Farbsäuren. Die nur relativ indifferenten Farbbasen färben entweder aus den wässrigen Lösungen ihrer Farbsalze — Nilblau, Naphtholblau, Neuechtblau, Indazin, Echtneutralviolett, Neutralblau, Rosolan, Chrysoidin, Janusrot, Janusblau, Janusgrün, Bismarckbraun — oder aus den alkalischen Lösungen ihrer Salze — Induline, Nigrosine — oder aus den alkoholischen Farbbasenlösungen (viele andere Basen). Die Metachromasie des Fettes bei Färbung mit wässerigen Farbsalzlösungen beruht darauf, dafs die durch hydrolytische Dissoziation darin frei werdende Base von dem Fett gespeichert wird, während das Gewebe im Tone des Farbsalzes sich anfärbt. Dadurch erklärt sich das Fehlen

der Metachromasie bei Färbung mit solchen Lösungen, in denen das Lösungsmittel (Alkohol, Glycerin, Formalin, Säuren) die Dissoziation zurückdrängt.

Es können auch indifferente Chromogene, ohne selbst Farbstoffe zu sein, Fett physikalisch anfärben. Auch manche organischen Farbstoffe (Chlorophyll, Prodigiosin, Lipochrome) eignen sich zur Fettfärbung. *Schourp-Danzig.*

Über eine neue Fibrinmethode, von K. Herxheimer-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) Zur schnellen Färbung des Fibrins empfiehlt H. folgende Modifikation: Nach Fixierung in Formol und Härtung in Alkohol werden die (5—8 μ dicken) Schnitte auf dem Objektträger während durchschnittlich 20 Sekunden in einer 2%igen wässerigen Alizarinlösung gefärbt. Dann werden einige Tropfen Uranylazetat (eine 3,5 %ige Lösung wird mit destilliertem Wasser zu gleichen Teilen verdünnt) auf das Präparat geträufelt und zwar etwa eine Minute. Alsdann erfolgt Abspülen in Wasser, Entwässern in Alkohol, Aufhellen in Xylol oder Nelkenöl, Einlegen in Kanadabalsam. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Plasmazellen. (Referat, gehalten auf der 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg 1909 (Abt. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.), von Georg Joannovics-Wien. Joannovics steht auf dem Standpunkt, daſs sich die Plasmazellen aus fixen Gewebslymphocyten entwickeln und von diesem seinem Standpunkt aus gibt er einen sehr klaren und übersichtlichen Bericht, der als Referat seinen Zweck, über die heute so verwickelt erscheinende Plasmazellenfrage in den Hauptzügen zu informieren, gut erfüllt. Auf Einzelheiten einzugehen, ist nicht gut möglich, erwähnen möchte ich nur gegenüber Joannovics, daſs Unna in seiner ersten Publikation nicht gesagt hat, daſs Plasmazellen nur bei der Tuberkulose der Haut vorkommen. *Carl Lennhoff-Hamburg.*

Über die Technik der Darstellung der eosinophilen Zellen, von Leonardo Martinotti-Bologna. (*Ztschr. f. wissenschaftl. Mikrosk. u. f. mikrosk. Technik.* 1909. Bd. XXVI, S. 4—28.) In dieser an der dermatologischen Klinik Jadassohns in Bern ausgeführten Arbeit untersuchte der Verfasser die verschiedenen Färbungsmethoden der eosinophilen Zellen. Als bestes Fixierungsmittel für Ausstrichpräparate erschien ihm der absolute Methylalkohol (fünf bis zehn Minuten lang). Ganz gute Resultate geben auch Alkohol-Äther ≡ (½—2 Stunden) und die Wärme (10—20 mal durch die Bunsenflamme ziehen). Stücke werden am besten in Sublimat fixiert nach der Formel der Berner Klinik (½—3 Stunden lang):

Sublimat	21	g
Alkohol 95°—100°	150	ccbm
Phys. NaCl-Lösung	279	„
Acid. acetic.	150	„

Ferner eignen sich Formol in 4- oder 10%iger wässriger Lösung und ganz besonders der Methylalkohol. (Die Präparate kommen nach 15 stündigem Fixieren direkt in Chloroform und Paraffin.) Auch der Äthylalkohol (100°—70°—60°) gibt ganz gute Resultate. Die besten Färbungsmittel der acidophilen Granulationen gehören der Eosingruppe an und unter diesen gibt die beste Koloration das „Eosin bläulich Grübler“. Dieses gibt eine elektive Färbung der acidophilen Granulationen. Das „Eosin rein französisch und das Eosin extra Höchst“ hingegen sind empfehlenswert, wenn man auch eine Kontrastkoloration des Grundes wünscht. Ganz gut sind auch das Methyleosin, Safrosin u. a. Die besten Lösungsmittel für diese Farben sind Wasser und Glycerinwassermischungen. Er empfiehlt 1% Eosin, 70% Wasser und 30% Glycerin als Lösung.

Zur Darstellung der Eosinophilen im Ausstrichpräparat eignet sich am besten entweder die einfache, getrennte Fixierung und Färbung mit Eosin (fünf

Minuten) und Methylenblau (1% eine Minute) oder die gleichzeitige Fixierung und Färbung nach SENNER und MAY-GRÜNWALD. Man macht sich von diesen (bei GRÜBLER käuflichen) Pulvern ungefähr gesättigte Lösungen in absolutem, puren, acetonfreien Methylalkohol usw. zu 0,30%. Auf das nicht fixierte Präparat werden einige Tropfen der färbenden Flüssigkeit über das Ausgestrichene gegossen und eine Minute gelassen. Dann wird hierzu vorsichtig destilliertes Wasser tropfenweise zugegossen ungefähr in doppelter Menge als die Färbeflüssigkeit. Nach zwei Minuten wird die Mischung vom Objektträger abgegossen und mit destilliertem Wasser gewaschen, bis das Präparat eine Rosafarbe angenommen hat. Auf diese Weise angewandt, geben diese Farben prachtvolle Resultate. Alte Präparate werden zuerst ½ Stunde in absolutem Alkohol fixiert. Dann werden sie 5—15 Minuten gefärbt, indem man die Färbelösung mit zwei Volumteilen destilliertem Wasser verdünnt und wie die anderen weiter behandelt.

Für Schnitte sind die besten Methoden entweder die langsame, progressive Färbung mit ganz dünnen Eosinlösungen (zwei Tropfen einer 1%igen Lösung auf 50—100 ccm Wasser. Färbung 12—24 Stunden), oder die schnellere regressive Methode, welche darin besteht, daſs mit einer starken wässrigen Eosinlösung überfärbt wird. Dann wird mit einer sehr verdünnten Alkalilösung entfärbt: die eosinophilen Granulationen bleiben am längsten gefärbt. Die Methylenblau-Eosinmethoden, welche am Ausstrichpräparat ausgezeichnete Resultate geben, eignen sich nicht zur Darstellung der Eosinophilen an Schnitten, wohl aber der Neutrophilen.

Gunsett-Straſsburg.

Verschiedenes.

Am 3. Juni verschied plötzlich im 76. Lebensjahre der bekannte Prager Dermatologe **Prof. Dr. Philipp Josef Pick**, Mitbegründer und Herausgeber des „Archivs für Dermatologie".

Wie uns soeben mitgeteilt wird, soll das bisherige „Vestre Hospital" in Kopenhagen in Zukunft den Namen **Rudolph Berghs Hospital** tragen.

Kansas City, Mo. June 2, 1910.

To the Editor of the Monatshefte f. prakt. Dermatologie,
Hamburg.

Dear Doctor: — In our recent article on Epidermidolysis bullosa congenita (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd. 50, S. 375), we inadvertently neglected to specifically state that the suggestion regarding the predisposition to injury on the part of the integument as being due to the lack of fibres in the papillary and subpapillary layers was originally made by Drs. ENGMAN and MOOK, of St. Louis, U. S. A.

To those who have followed the literature on the subject this information may appear superfluous, but to those who have not, it is well to render the matter perfectly clear, and we particularly desire that there be no confusion regarding the identity of the investigators to whom credit is due.

Would it be too great a favor for you to publish the above explanatory note in an early issue of the Monatshefte?

Very respectfully
Drs. KANOKY & SUTTON.

Modifizierung der Hautdesinfektion des Operationsfeldes nach Grossich, von Aladár Bogdán - Balassa-Gyarmat, Ungarn. (*Zentralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 8.) Die Seifenwaschung beeinträchtigt die Wirkung der Jodtinktur. Die Belassung des Hautschmutzes erscheint trotz Grossichs Erfahrungen bedenklich. Autor empfiehlt Wegschaffung des Hautschmutzes durch gründliche Abreibung der Haut mit 1‰igem Jodbenzin. Diese Abwaschung im Verein mit Jodtinkturbepinselung wandte Autor als Desinfektionsverfahren in 800 Fällen mit bestem Erfolge an und empfiehlt es eindringlichst. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Wirkung der Jodtinktur bei der Hautdesinfektion, von K. H. Kutscher - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 9.) Grossich vertritt den Standpunkt, daſs die Jodtinktur die Haut ganz sicher zu sterilisieren vermöge. Autor weist experimentell die Unrichtigkeit dieser Annahme nach. Die guten klinischen Resultate Grossichs beruhen auf Herabsetzung der Keimabgabefähigkeit der Haut durch die Jodtinktur. Die Hauptrolle spielt hierbei der in der Jodtinktur enthaltene konzentrierte Alkohol, welcher auf die Haut wasserentziehend, trocknend, schrumpfend, härtend, fixierend wirkt. Daneben kommt die ebenfalls austrocknende Wirkung des Jods in Betracht. Aus theoretischen Gründen kann man sich daher auf die Jodtinkturdesinfektion nicht verlassen, weil pathogene Keime kaum abgetötet werden.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Desinfektion der Haut mit Jodtinktur, von Federmann - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) Empfehlung der Grossichschen Jodtinkturbepinselung der Haut zwecks sicherer Desinfektion. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Serodiagnose im Rahmen der Prostituiertenkontrolle, von Hugo Hecht-Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) H. hat im Verlaufe von zehn Monaten bei 260 Prostituierten Serumuntersuchungen ausgeführt; aus seinen Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

Die Komplementbindungsreaktion kann dem Prostituiertenarzte zur Erkennung unbemerkt gebliebener Syphilis wertvolle Dienste leisten. Die Serumuntersuchung soll vorgenommen werden:

1. Bei neueintretenden Prostituierten, die weder klinisch noch anamnestisch Zeichen von Lues bieten. Bei positiver Reaktion muſs sich die Prostituierte erst einer gründlichen antiluetischen Behandlung unterziehen, ehe sie dem Verkehr übergeben wird.

2. Bei noch nicht luetischen Prostituierten, die zwei und mehr Jahre ihrem Berufe nachgehen, soll von Zeit zu Zeit die Seroreaktion angestellt werden, um eventuell eine inzwischen erfolgte Infektion festzustellen, die kein anderes erkennbares Zeichen hinterlassen hat als eine positive Reaktion. Positive Reaktion erfordert in solchen Fällen eine antiluetische Behandlung.

3. Nichtluetische Prostituierte müssen sechs bis acht Wochen nach Erwerbung eines Ulcus molle auf den Ausfall der Komplementbindungsreaktion untersucht werden (weil diese Geschwüre dem Syphiliserreger gern als Eingangspforte dienen).

4. Als Methode empfiehlt es sich, eine der empfindlicheren Modifikationen (z. B. die vom Verfasser angegebene) anzuwenden, ohne daſs Kontrolle durch die Originalmethode nötig wäre. Dabei erhöht sich die Zahl der positiven Reaktionen bei latenter Syphilis um 25 %, ohne daſs die klinische Spezifizität darunter leidet.

Götz-München.

Maſsregeln zur Vernichtung der Hausfliegen und zur Verhütung der Krankheitsverbreitung durch dieselben, von E. P. Felt-Albany. (*New York med. Journ.* 2. April 1910. Um die Hausfliegen und deren zweifellosen Anteil an der Verbreitung von Krankheiten zu beseitigen, ist es in erster Linie wichtig, anzuerkennen,

daſs die Beseitigung dieser Insekten in ausgedehntem Maſse von gesundheitlichem Standpunkt aus sehr wichtig ist, und in zweiter Linie über deren Wachstumsverhältnisse genau unterrichtet zu sein. Es hat sich gezeigt, daſs ein Zeitraum von zehn Tagen notwendig ist, ehe eine Generation auf Mist oder anderem Material entstanden ist; die Beseitigung solchen Unrats in fünftägigen Zwischenräumen bedeutet daher die Verhütung der Weitererzeugung dieser Insekten. Da Kühe, Schweine, Geflügel und andere Haustiere Bedingungen schaffen, die günstig für die Vermehrung der Fliegen sind, so sollten die Ställe und Höfe rein und trocken gehalten, die Ansammlung von Mist vor Fliegen geschützt oder derselbe in den oben genannten Zwischenräumen entfernt werden; auch ist kein Grund vorhanden, warum Ställe und Scheunen, speziell auf groſsen Farmen, ganz nahe den Wohnhäusern errichtet werden und so die Fliegenplage verbreiten. Das für die Haustiere bereit gehaltene Futter, speziell der Schweinetrunk, kann leicht die Quelle unzähliger Fliegen werden und sollten daher die betreffenden Gefäſse immer fest verschlossen, rein gehalten und häufig geleert werden. Über den verschiedenen Hausabfällen und besonders den Dejecta müssen solche Vorrichtungen vorhanden sein, daſs jede Anhäufung faulender organischer, den Fliegen zugänglicher Massen verhütet wird. Die gröſste Sorgfalt muſs darauf verwandt werden, um Fliegen aus Krankenräumen, speziell in Fällen ansteckender Krankheiten, fern zu halten. Alle Nahrungsmittel, speziell die ungekocht zu genieſsenden, sollten vor Fliegen durch Schirme oder Gitter geschützt sein, was besonders auch bezüglich der Milch einzuschärfen ist. Ohne annehmen zu wollen, daſs nun (mit all diesen Maſsnahmen) die Hausfliege völlig in Bälde verschwinden wird, glaubt F. doch, daſs damit der Kampf gegen diesen Feind der Menschheit, der für die Zerstörung vieler Leben verantwortlich zu machen ist, ein ebenso erfolgreicher sein wird, wie er es gegen die Moskitos auf unseren Sümpfen gewesen ist.

Stern-München.

Die Verbreitung von Krankheiten durch Fliegen, von HENRY G. BEYER-Washington. (*New York med. Journ.* 2. April 1910.) B. hält es nach den vorliegenden experimentellen und klinischen Tatsachen für erwiesen, daſs die Hausfliege Tuberkulose und Lepra, ebensowohl wie Cholera, Sommerdiarrhoe der Kinder, Pest, Typhus usw. zu übertragen imstande ist. Auch bezüglich Carbunkel und Framboesia (YAWS) hält B. diese Übertragungsmöglichkeit für erwiesen und bringt hier eine Zusammenstellung der bezüglichen, historisch ziemlich weit (bis auf das Jahr 1850) zurückreichenden Forschungen, welche Autoren der verschiedensten Länder umfassen.

Stern-München.

Zur Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Formamint, von ALFRED WISCHNITZ-Berlin. (*Ther. der Gegenwart.* Nov. 1909.) Kasuistik.

Arthur Schucht Danzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. №. 2. 15. Juli 1910.

Von der in Bergen 1909 abgehaltenen internationalen Leprakonferenz.

Über Versuche mit der Nastinbehandlung nach Professor Deycke bei drei Fällen von tuberöser und einem Fall von rein neurotischer Lepra.

Von

J. Ashburton Thompson, M. D., Sydney, Australien,
Leiter der Sanitätsabteilung der Verwaltung von New South Wales.

Der folgende Bericht über Versuche mit Nastin beschränkt sich nach Möglichkeit auf eine Schilderung von klinischen Beobachtungen.

Die Entstehungsgeschichte des Nastins, die Technik der Anwendung, die seiner Wirkungsweise zugrunde liegende Theorie und die dabei zu erhoffenden Erfolge habe ich aus den Veröffentlichungen von Professor Deycke in den folgenden Zeitschriften kennen gelernt:

I. (1904) *V. Internationaler Dermatologen-Kongreſs, Berlin.*
II. (1905) *Deutsch. med. Wochenschr.* S. 489 und 545.
III. (1907) *Lepra.* Bd. VII. S. 174.
IV. (1908) *Brit. med. Journ.* I. S. 802.

Versuchsmengen von Nastin B 1, Nastin B 2 und von Ketin kamen gegen Ende des Jahres 1907 an; anfangs 1908 wurden die Versuche damit begonnen. Diese Sendung stammte direkt von Biebrich; andere Portionen erhielten wir durch den Londoner Agenten der Firma Kalle & Co.; sämtliche Präparate waren in den Originalhüllen verpackt und waren in guter Verfassung.

Zur Behandlung wählte ich die folgenden Fälle aus, und ich besuchte die Kranken mindestens einmal wöchentlich: 1. A. R., ein siebenjähriges Mädchen, das binnen sechs bis sieben Wochen von dem ersten Auftreten der die tuberöse Form darbietenden Krankheitserscheinungen an zur Aufnahme gelangt war; 2. G. M. S., eine im Jahre 1904 aufgenommene, 22jährige Frau. Das Leiden hatte, in tuberöser Form, zur Zeit der Aufnahme gerade ein Jahr lang bestanden, und seit dieser Zeit war die Patientin ständig von mir beobachtet und behandelt worden; 3. A. P., ein

70jähriger Mann von greisenhaftem Aussehen, erst anfangs 1908 aufgenommen. Aller Wahrscheinlichkeit nach hatte er seit fünf oder sechs Jahren an Lepra tuberosa gelitten; 4. H. W., männlich, 67 Jahre alt, im Jahre 1897 mit reiner Nervenlepra aufgenommen; auch dieser Kranke war während der ganzen Zeit ständig unter meiner Aufsicht gewesen. Alle diese Patienten gehörten der weifsen Rasse an. Bei zwei weiteren Fällen wurden die Injektionen nur versuchsweise ausgeführt; es handelte sich um eine 52jährige Frau, C. S. C., europäischer Abstammung, und um einen Chinesen, Hong Fong. Beide litten an tuberöser Lepra.

Die Ausführung der Injektionen wurde von dem ärztlichen Leiter der Coast Hospital and Lazarets (Dr. R. J. Millard, M. B., D. P. H., ehemals Bakteriologe der Sanitätsabteilung der Verwaltung des Staates New South Wales) persönlich besorgt, und ich bin ihm wegen seiner ausgiebigen Assistenz zu grofsem Dank verpflichtet. Es wurde, was von Belang ist, spezielle Sorgfalt auf das Austrocknen der Spritzen verwendet; nach der Sterilisierung wurden dieselben mit Äther ausgewaschen, den man vollständig verdunsten liefs, ehe das Nastin aufgenommen wurde. Rückstände in angebrochenen Fläschchen wurden immer vernichtet. Eiterbildung wurde niemals dabei verursacht.

Im allgemeinen kann man sagen, dafs die Injektionen einen nur geringen, im Laufe etwa einer halben Stunde vergehenden, lokalen Schmerz hervorriefen. Hinterher entstanden harte Knötchen, wie man sie bei der Verwendung des Haffkineschen Pestserums zu sehen bekommt, doch waren jene entschieden von längerer Dauer; sie blieben sogar mehrere Monate lang bestehen, so dafs schliefslich bei allen Patienten ausgedehnte Gebiete von subcutaner Induration sich ausbildeten. Weitere Zwischenfälle waren bei den drei Männern F. P., H. W. und Hong Fong und bei der Frau C. S. C. nicht zu verzeichnen; aber die Patientin G. M. S. hatte bei drei Gelegenheiten über sehr heftige Schmerzen zu klagen, welche etwa zwölf Stunden anhielten und den Schlaf während der ersten Hälfte der betreffenden Nacht störten, und bei der einen Gelegenheit entstand an der ganzen zur Injektion benutzten oberen Extremität ein vorübergehendes Ödem. Auch das Mädchen A. R. wurde ungefähr ebenso oft von ähnlichen Schmerzattacken befallen; bei zwei anderen Gelegenheiten entstanden Gangränschorfe, welche sich langsam ablösten und torpide Geschwüre hinterliefsen.

Professor Deyckes geistreiche und hochinteressante Forschungen scheinen mir auf einer im wesentlichen durchaus spekulativen Grundlage zu beruhen. Die praktische Verwendung des daraus hervorgegangenen Produktes zur Behandlung der Lepra ist dagegen eine ganz andere Sache; nach seiner durch längere Erfahrungen begründeten Ansicht beweisen seine klinischen Beobachtungen, dafs jetzt zum ersten Male in der Geschichte

dieses uralten Leidens ein Anfang zu der spezifischen Behandlung desselben von ihm gemacht worden ist. Wenn mir nun auch in der Tat daran gelegen ist, jeden Schein zu vermeiden, als wollte ich ein voreingenommenes Urteil über DEYCKES Arbeiten fällen, so sehe ich mich doch gezwungen, hier einzelne Momente betreffs der Behandlung von Leprakranken im allgemeinen hervorzuheben, Momente, welche bei der kritischen Betrachtung von Berichten über Behandlungsresultate nicht aufser acht zu lassen mir wichtig zu sein scheint.

Es handelt sich um folgende Punkte: a) Die Lepra hat zwar, im grofsen ganzen betrachtet, den Charakter der hartnäckigen Intraktabilität, jedoch variieren an den zugängigen Körperteilen die Erscheinungen zeitweilig sehr erheblich auch ohne die Anwendung irgendwelcher therapeutischer Hilfsmittel. b) Eine wesentliche Besserung erfolgt fast immer, wenn die Patienten aus dürftigen Verhältnissen oder auch nur aus einer unzweckmäfsigen Lebensführung fortversetzt und in einer gut eingerichteten Anstalt untergebracht werden. c) Leprakranke sind ungemein eindrucksfähig und bessern sich oft sogar in bezug auf die objektiven Läsionen und in bezug auf ihr allgemeines Befinden, sobald durch die Einleitung eines neuen Heilverfahrens bei ihnen die Hoffnung und das Interesse angeregt werden. Schliefslich: d) Die erhebliche Zeitdauer, welche bei der Verwendung irgendeines bisher als heilkräftig geltenden Mittels erforderlich ist, bildet an sich eine Ursache für die Entstehung von Zweifeln, ob die gelegentlich zu konstatierende Besserung der Behandlung zuzuschreiben sei oder nur aus dem schwankenden Verlauf der Krankheit resultiere, da diese ja, stets chronisch verlaufend, oft längere Zeit hindurch den Schein des Stillestehens darbietet. Um verallgemeinernd zu sprechen und ohne speziellen Bezug auf die Nastinbehandlung, möchte ich die Meinung äufsern, dafs man sich bei früheren Gelegenheiten in bezug auf die Wirksamkeit der verschiedenen zur Behandlung empfohlenen Methoden weniger oft in seiner Hoffnung getäuscht gesehen haben würde, wenn man diese klinischen Tatsachen erst konstatiert oder sie sich richtig vor Augen gehalten hätte. Es sind also andere, zwingendere Beweise für die Wirksamkeit eines Lepramittels als nur die Tatsache einer länger dauernden Besserung der Krankheitssymptome zu fordern, und dieses Beweismittel ist uns mit dem DEYCKEschen Nastin an die Hand gegeben. Ich vermag aus seinen Publikationen nicht mit Sicherheit zu entnehmen, welchen Grad der Besserung man binnen einer gewissen Zeit mit Recht erwarten darf, wenn auch aus seinen Berichten hervorgeht, dafs in der Regel man nach einigen Monaten eine Wiederherstellung der Sensibilität und die Auflösung von Knoten und gröfseren Infiltrationsmassen erwarten darf; allerdings ist dieses Resultat in den verschiedenen Fällen bald deutlicher, bald weniger klar ausgesprochen, und es fehlt auch nicht an einigen wenigen Ausnahme-

fällen, bei denen jede Besserung ausbleiben dürfte. Als sichere Tatsache können wir aber, wie es scheint, folgendes behaupten: Während normale Dosen von Nastin B 1 bei wöchentlich einmaliger Verabreichung allerdings oft zweierlei Reaktionen hervorrufen, nämlich eine allgemeine (auch febrile) und eine lokale (auch nekrotisierende) an den Knoten usw., so werden bei Verabreichung der Normaldosis an jedem zweiten oder dritten Tage und auch bei Verabreichung des Präparates B 2 diese Reaktionen mit Bestimmtheit zu erwarten sein; und sie können sogar eine lebensgefährliche Form annehmen. Diese Reaktionen bilden also eine leicht anwendbare und leicht erkennbare Probe auf die Aktivität, abgesehen von den therapeutischen Eigenschaften des Nastins; und wenn wir auch annehmen wollten, daſs die fünf im folgenden beschriebenen Fälle von tuberöser Lepra zufällig alle zu der Klasse der unempfindlichen Kranken gehörten (trotzdem sie, wie man sagen kann, alle blindlings ausgesucht wurden), so war doch kaum anzunehmen, daſs die gleiche Reaktionslosigkeit auch bei dem, allerdings vereinzelten Falle von reiner Nervenlepra sich zeigen würde, wenn man die dringenden Warnungen Deyckes bedenkt, welche dahin lauten, daſs bei der neurotischen Form das Nastin überhaupt nicht oder nur mit der gröſsten Vorsicht anzuwenden ist

Wenn wir von diesem Standpunkt als Grundlage für den Wert der Resultate aus urteilen, so hat sich das Nastin bei meinen Versuchen als ein indifferenter Körper erwiesen. Es wurde bei den vier obengenannten Fällen während je zehn, acht, sechs und neun Monaten gegeben. Der Turnus der Behandlung bestand in der Injektion der Normaldosis des Nastins B 1 (d. h. 1 ccm, des Normalinhalts einer Ampulle) mindestens einmal wöchentlich; die Intervalle waren aber, wie man aus den folgenden ausführlichen Notizen ersehen wird, vielfach auch bedeutend kleiner, indem auch an jedem fünften, dritten oder auch zweiten Tage längere Zeit hindurch eine Einspritzung verabreicht wurde. Während der Behandlungsdauer wurde auch manchmal mit Nastin B 2 abgewechselt. Dieses Präparat wurde sogar fünf Wochen hintereinander bei dem Falle von reiner Lepra nervorum appliziert. Irgendeine fieberhafte Reaktion trat weder bei diesen Fällen noch bei zwei anderen tuberösen Fällen, welche probeweise zwei bis drei Injektionen von Nastin B 1 resp. Nastin B 2 erhielten, zu irgendeiner Zeit hervor. Auch ist bei den Fällen F. P. und H. W. eine Reaktion dieser spezifischen Art nicht hervorgetreten. Ebensowenig war etwas von einer lokalen Reaktion wahrzunehmen. Was das Allgemeinbefinden betrifft, so sind die drei Erwachsenen bei Beendigung der Kur in ganz der gleichen Verfassung geblieben wie im Anfang, und ihr Zustand hat sich jetzt, fast sechs Monate später, nicht weiter verändert. Dagegen zeigte das Kind eine stetig fortschreitende Verschlimmerung, wie ich dies als den regulären Fortgang des Leidens kenne. Dieses Urteil wird man,

glaube ich, bei einer Durchsicht der folgenden klinischen Aufzeichnungen bestätigt finden; sollten aber einige nebensächliche Veränderungen als Zeichen einer Besserung in dem einen oder anderen Körperteil auffallen, so möchte ich nochmals betonen, daſs derartige Vorgänge oft bei Lepra anzutreffen sind als eine natürliche Phase des Krankheitsprozesses sogar bei Induviduen, welche keinerlei therapeutischen Maſsnahmen unterworfen sind. Überdies waren alle jene Erscheinungen zu unbedeutend, um irgendwelche Beweiskraft bei der vorliegenden Diskussion beanspruchen zu können. Die von Zeit zu Zeit an Deckglaspräparaten untersuchten Bazillen erschienen bei der Verwendung der ZIEHL-NIELSENschen Färbung in den gleichen Formen wie diejenigen, welche von anderweitig oder auch von gar nicht behandelten Patienten stammten; und wenn auch unregelmäſsige, moniliforme oder granulierte Färbungen, wie dies gewöhnlich der Fall ist, wiederholt beobachtet wurden, so waren neben diesen degenerierten Bakterien auch vollständig gefärbte Bazillen in der üblichen Verhältniszahl immerhin vorhanden. Die von Dr. MILLARD mit der UNNAschen Färbemethode ausgeführten Versuche ergaben ebenfalls keine weiteren Besonderheiten.

Es haben aber bereits einzelne Forscher über Erfahrungen mit Nastin berichtet, welche von den meinigen entschieden abweichend waren. Zu diesen gehört mein Freund Dr. J. MALCOLM MASON, oberster Sanitätsbeamter von Neuseeland. Wie er mir mitgeteilt hat, ist von einem seiner Assistenten in seinem Verwaltungsbezirk das Nastin B 1 einem an tuberöser Lepra leidenden Patienten einverleibt worden, und es ist auf jede einzelne Injektion eine ausgesprochene sowohl lokale als auch allgemeine, fieberhafte Reaktion erfolgt. Das Nastin B 2 hatte bei Gelegenheit seiner Verwendung sogar eine Wirkung von so bedrohlichem Charakter zur Folge, daſs es fortan als geradezu gefährlich betrachtet wurde, und man von einer weiteren Anwendung definitiv absah. Ich hatte zwar keinen Grund, zu glauben, daſs mein Vorrat von anderer Qualität gewesen sei wie der seinige; trotzdem hielt ich es für angezeigt, ihn um eine Probe gerade derjenigen Sendung, welche die von ihm geschilderten Wirkungen gehabt hatte, zu bitten. Meinem Wunsche wurde freundlichst entsprochen. Die Bedeutung der Anfangsbuchstaben „N. S.“, welche sich in den folgenden klinischen Berichten und Kurventafeln als Zusatz zu der Angabe über die Injektion in einigen Fällen finden, wird nach dieser Bemerkung sich von selbst ergeben. Es mag nun sogleich gesagt sein, daſs bei den von mir ausgeführten Einspritzungen das von ihm mir gütigst zur Verfügung gestellte Nastin keine erkennbare Aktivität äuſserte und in seiner Wirkung von meinem eigenen Vorrat sich gar nicht unterschied. In keinem einzigen Falle rief es irgendeine febrile noch eine lokale Reaktion hervor.

Fall 117.[1] **A. R., weiblich, sieben Jahre alt; aufgenommen am 14. Januar 1908; Datum des Schlufsberichtes: Dezember 1908.**

Etwa im Anfang des Monats Dezember 1907 erkrankte A. R. zugleich mit anderen Mitgliedern ihrer Familie an Influenza. Die Krankheit war zur Zeit in dem Dorfe, wo sie wohnte, damals als Epidemie verbreitet. Bald nach ihrer Genesung fielen einige Flecke an ihren Schultern auf, und ein Verwandter, welcher einige Erfahrungen über Lepra bei früheren Gelegenheiten sich angeeignet hatte, hielt dieselben für so verdächtig, dafs man das Kind alsbald zur Untersuchung nach Sydney brachte. Somit gelangte sie wenige Wochen nach dem ersten Auftreten von äufseren Merkmalen der Erkrankung zur Behandlung. Dieser Umstand im Verein mit dem jugendlichen Alter der Patientin, die Tatsache ferner, dafs sie verhältnismäfsig grofse Dosen von Nastin erhielt bei stetiger und lange fortgesetzter Darreichung, und dafs die unverkennbar ausgesprochenen Symptome und Läsionen ein unleugbares Versagen der Behandlung bewiesen, lassen diesem Falle ein ganz besonderes Interesse zukommen. Darum habe ich auch die Aufzeichnungen über Einzelheiten zur Zeit der Aufnahme und zur Zeit der Beendigung der Kur nach Verlauf von zehn Monaten hier ausführlich wiedergegeben. Diese Notizen sind nach Mafsgabe der verschiedenen Körperregionen eingeteilt, und des bequemeren Vergleiches wegen habe ich die zwei auf je einen bestimmten Körperteil bezüglichen Berichte nebeneinander gestellt.

Allgemeinzustand.

Januar. Körperlänge: 107 cm; Gewicht: 20 kg. Gesundheitszustand im allgemeinen vollkommen befriedigend, nur hat Patientin bei der einen oder anderen Gelegenheit an Schmerzen in den Beinen gelitten, so dafs sie dann einen oder einzelne Tage lang nicht gehen konnte. Sie ist gut entwickelt, gut genährt, intelligent und munter. Die inneren Organe lassen keine Anomalien entdecken; der Urin ist klar, sauer, spezifisches Gewicht: 1,018, ohne Zucker, ohne Eiweifs.

Dezember. Körperlänge: 113 cm; Gewicht: 21 kg. Im ganzen ist das Allgemeinbefinden gut zu nennen, und das Kind ist ebenso munter wie bei der Aufnahme; während des letzten Monats hat aber der Appetit zu wünschen übrig gelassen. Im Verlauf des Jahres haben sich die Schmerzen in den Beinen in Zwischenräumen von einigen Wochen immer wieder eingestellt, der Anfall dauert dann einen bis drei Tage, und während dieser Zeit mag Patientin sich nicht viel bewegen, obschon man nicht

[1] Diese Zahl entspricht der Numerierung des Falles in der Serie meiner jährlichen Berichte; siehe Nr. XVIII vom Jahre 1908.

eigentlich sagen kann, daſs ihr das Umhergehen geradezu unmöglich gemacht würde. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle bieten nichts Abnormes dar; Urin klar, sauer; spezifisches Gewicht: 1030; kein Eiweiſs, kein Zucker.

Haare.

Januar. Durchaus normal.
Dezember. Gleichfalls.

Lymphdrüsen.

Januar. Die submaxillaren, die mastoidealen und die an der Parotis gelegenen Drüsen sind vergröſsert und haben den Umfang etwa einer Haselnuſs; auf der linken Seite sind sie nicht ganz so groſs wie auf der rechten. Linkerseits findet sich auch eine palpable Supraklavikulardrüse. Auch ist rechts die epitrochleare Drüse geschwollen. Die Axillardrüsen haben die Gröſse von kleinen Spielmarmeln; rechterseits scheinen mehrere miteinander zusammengewachsen zu sein. Die Leistendrüsen sind beiderseits stark vergröſsert; an der rechten Seite tritt die Kette der Schenkeldrüsen als ein gut sichtbarer Tumor von weicher (oder teigiger) Konsistenz hervor.

Dezember. Die Achseldrüsen sind fühlbar, sie sind links ein wenig, aber nicht sehr viel, gröſser als rechts. Die inguinalen und femoralen Drüsen sind ein wenig kleiner als zu Anfang, aber immerhin erheblich vergröſsert; sie sind links ein biſschen gröſser als rechts. Die anderen Drüsen sind unverändert geblieben.

Kopf und Hals.

Januar. Das Gesicht ist feist und von frischem Kolorit; der natürliche Ausdruck ist unverändert. Es besteht eine leichte allgemeine Bräunung von blaſs gelblichbrauner Färbung, die sich an der Stirn und den Schläfen am deutlichsten dokumentiert; vielleicht ist an den Wangen die Rotfärbung in der Gegend der Backenknochen ein wenig ins Schmutzfarbene übergegangen. Es besteht eine geringe, gleichmäſsige Verdickung der Gesichtshaut; dies tritt am deutlichsten (aber immer noch sehr wenig markiert) an der Stirn, den Wangen und den Ohrläppchen hervor. Entstellt sind die Ohren aber nicht. Die Augenbrauen sind ganz normal. An der Unterlippe findet sich an jedem Mundwinkel eine Spur von Pigmentvermehrung. Die Braunfärbung erstreckt sich bis auf den Hals, wo sich auch einzelne tiefer pigmentierte, rehfarbene Flecke mit blasseren Rändern, aber ohne Verdickung, in der Umgebung des Kehlkopfes finden. Die Nasenhöhle ist frei; beim Atmen bleibt der Mund geschlossen. Vor einigen Wochen trat Nasenbluten auf. Die Stimme ist normal, ebenso die Mundhöhle und der Rachen.

Dezember. Die Stirn ist dunkel gebräunt aufser am unteren mittleren Gebiet, wo die Haut noch rosig gefärbt ist. Die Braunfärbung erstreckt sich noch eine kleine Strecke weit auf die behaarte Kopfhaut hinauf. In der Nähe der Eminentia frontalis beiderseits sieht man eine diffuse, weiche Schwellung, wie nach einem Schlag, doch ist dieselbe in diesem Falle durch lepröse Infiltration bedingt; auf Druck erfolgt keine Dellenbildung. Die Augenbrauen sind, wie zu Anfang, unaffiziert geblieben. Die Nase ist von der Wurzel ab infiltriert und ist in die Breite gegangen, die Haut derselben ist krankhaft gerötet und zeigt minimale Infiltrationen. Im übrigen ist das ganze Gesicht stärker pigmentiert, aber die Braunfärbung ist vermengt mit (teilweise auch verdeckt von) einer Rötung von trübem, schmutzigen Timbre. Diese Färbung von Schmutzigrot beginnt an den unteren Augenlidern, erstreckt sich etwas über die Grenzen der eigentlichen Wangen hinaus und ist zum Teil bedingt durch eine feinste Injektion der Hautkapillaren. Die Wangen sind in grofser Ausdehnung und bis zu einer erheblichen Tiefe infiltriert, was im Verein mit der oben geschilderten Schwellung der Gewebe der Nase eine ausgesprochene Umgestaltung des ursprünglichen Aussehens bewirkt. Die ganze Oberfläche der Wangen fast bis zur Mündung des äufseren Gehörganges und auch das Kinn (ausgenommen die Gebiete der Lippen) sind mit minimalen, oberflächlichen Knötchen von Hanfkorn- bis Halberbsengröfse total bedeckt; einzelne Knötchen sind auch etwas gröfser. Diese Gebilde erheben sich deutlich von dem Niveau der Haut und erstrecken sich auch ziemlich weit in die Tiefe. Eine gelinde Pigmentierung ist an den Mundwinkeln auch jetzt noch wahrzunehmen. Der Musculus orbicularis ist beiderseits nach Belieben noch bewegbar; Rachen und Kehlkopf (Stimme) zeigen nichts Abnormes. Während dieses Beobachtungsjahres ist die Nase von Zeit zu Zeit in nicht so ganz kleinen Intervallen verstopft gewesen; während der letzten drei Monate ist regelmäfsig des Nachts eine derartige Verlegung eingetreten, und das Kind schnarcht beim Schlafen; Epistaxis ist aber niemals wieder aufgetreten. Die Ohren haben gleichmäfsig ein wenig an Umfang zugenommen; einige kleine, ziemlich weiche Knötchen finden sich im Rande der Pinnae eingebettet, doch ist dadurch eine eigentliche Deformität auch jetzt nicht entstanden. Der Hals zeigt die gleiche Bräunung und die gleichen fleckigen Verfärbungen wie zu Anfang; hier dürfte noch gar keine Veränderung eingetreten sein.

Rumpf.

Januar. Vordere Fläche: Die Brustfläche ist der Sitz von zahlreichen, rötlichbraunen, mehr oder weniger symmetrisch verteilten Flecken von Pfennigstückgröfse; nach den Schultergelenken hin sind sie in gröfserer Anzahl vertreten und konfluieren zum Teil oder zeigen wenigstens die

Neigung hierzu; eine palpable Infiltration besteht dabei nicht. Weiter abwärts sieht man eine mäſsige allgemeine Bräunung der unteren Thoraxpartien und der Abdominalwand; die Verfärbung ist unterhalb des Nabels stärker markiert und undeutlich gemasert; hier auch finden sich einzelne zerstreute Flecke von viel tieferer Nuance mit diffusen, nicht verdickten Rändern.

Rücken: Ungefähr 5 cm unterhalb des Ansatzes des Nackens beginnt auf der Schulterblattgegend ein Gebiet von zahlreichen kleinen Flecken wie auf der Brustregion; sie zeigen, wie die ersteren, eine dichtere Anhäufung an den Schultergelenken. In der Mittellinie sieht man bloſs eine gleichmäſsige Bräunung, die auch an der Lendengegend und am Gesäſs, aber in dunklerer Nuance, hervortritt.

Dezember. Vordere Fläche: Die zentralen Partien vom Sternoclaviculargelenk bis zum Epigastrium sind von normaler Beschaffenheit oder nur sehr wenig gebräunt, aber an der Vorderfläche der Schultergelenke finden sich einige Gebiete von wolkiger, makulöser Pigmentierung. Unterhalb des Niveaus des Epigastriums finden sich gröſsere fleckige Gebiete von ziemlich dunkelbrauner Färbung; die dazwischen gelegene Haut und überhaupt die ganze Oberfläche in diesem Teile zeigen eine leichte Bräunung.

Rücken: Derselbe ist in seiner Totalität mehr oder weniger gebräunt, aber die interskapuläre Zone ist etwas weniger affiziert als das Übrige; von der Höhe der Schultern nach der Lendengegend hin ist die Pigmentierung geringfügig; aber von der Lendengegend abwärts besteht eine dunkle, nunmehr gar nicht gemaserte Verfärbung.

Arme.

Januar. Diese Extremitäten sind im allgemeinen gebräunt und zeigen reichliche kleine Flecke von tieferer, gelblichbrauner Färbung.

Dezember. Die Schultergelenke und Arme sind vorne wie hinten intensiv und gleichmäſsig gebräunt; Abstufungen zeigt die Verfärbung nicht. Auf der äuſseren Fläche eines jeden Armes ist eine ziemlich ausgedehnte Zone von unregelmäſsiger Verhärtung als Folge der Nastininjektionen (welche am 4. November abgebrochen wurden) zu fühlen. Ferner ist eine Narbe nebst einem noch ungeheilten Ulcus zu konstatieren. Nach den Injektionen vom 7. September und 4. November entstanden Gangränschorfe, welche sich sehr langsam ablösten; das nach der ersteren entstandene Geschwür ist vor kurzem erst abgeheilt, das von der letzteren Injektion ist noch offen.

Ulnarnerven.

Januar. Rechts: bis zur Mitte des Armes nachweisbar; auf Druck an der Einkerbung wurde keine übertragene Empfindung hervorgerufen.

Links: bis zur Axilla nachweisbar, ziemlich unempfindlich, keine Übertragung der Empfindung auf Druck. — Es läſst sich schwer entscheiden. ob diese Nerven abnorm vergröſsert waren, denn bei Kindern gelingt es gewöhnlich leicht, sie viel weiter nach oben hinauf zu verfolgen als bei Erwachsenen.

Dezember. Beide zeigen eine normale Sensibilität und geben auf Druck normale Lokalisierung; sie sind nicht so leicht zu verfolgen wie im Anfang und auch nicht mit Zuverlässigkeit in so weiter Ausdehnung nach oben hin. Diese Veränderungen deuten auf Besserung: man darf aber nicht vergessen, daſs derartige Schwankungen von Zeit zu Zeit bei allen Fällen und unter allen Umständen vorkommen. Es ist dabei noch zu betonen, daſs diese Patientin, obwohl jung an Jahren, von aufgewecktem Wesen ist, und es ist ganz sicher, daſs auch im Anfang Sensibilitätsübertragungen durch Druck nicht hervorgerufen werden konnten.

Vorderarme und Hände.

Januar. Die Vorderarme sind gleichmäſsig im gleichen Grade wie die Oberarme pigmentiert, zeigen aber keine Maculae. Die Hände sind fettreich, und man kann nicht mit Sicherheit entscheiden, ob ein hartes Ödem von irgendwelchem Umfang vorhanden ist; immerhin sind die Konturen der Finger normal. Deformitäten bestehen nicht.

Dezember. Vorderarme: An der Streckseite beider Arme findet sich, wenn auch links weniger als rechts, eine dunkle, gleichmäſsige Bräunung; auf den Beugeseiten ist die Verfärbung weniger intensiv und weniger gleichmäſsig. Am unteren Drittel finden sich in groſser Anzahl minimale Knötchen wie am Gesicht, doch sind sie hier nicht ganz so prominent; an den vorderen Fläche sind sie am spärlichsten vertreten. An den Händen ist die Bräunung an der Rückenfläche noch vorhanden, aber auſserdem ist an diesen Teilen Cyanose (warmes Wetter) vorhanden; auch sind sie offenbar angeschwollen, und die Finger haben die bekannten Trommelschlegelkonturen (mit Verjüngung); diese ödematöse Verdickung befindet sich allerdings noch im Anfangsstadium und ist noch nicht gerade auffällig. Deformitäten sind nicht vorhanden.

Mediannerven.

Januar. Nichts notiert.

Dezember. Nicht vergröſsert und von normaler Sensibilität an gedrückten Stellen; Gefühlübertragung kann nicht hervorgerufen werden.

Nates und Oberschenkel.

Januar. Die Nates sind ziemlich dunkel gebräunt, desgleichen die Oberschenkel mit etwas dunklerer Pigmentierung auf der Innenfläche;

links, nicht aber rechts, finden sich auf diesem Teil einzelne kleine Stellen von schmutziggefärbten Maculae mit diffusen Rändern und ohne Infiltration.

Dezember. Braunfärbung ziemlich im Gleichen. Die Oberschenkel beide zeigen diffus eine undeutliche Maserung.

Nervi peronei.

Januar. Beide sind deutlich verhärtet, der rechte gröſser als der linke; beide sind weniger sensibel als normal, und Drücken rief keine übertragene Empfindung hervor.

Dezember. Vergröſsert, aber mit normaler Sensibilität; auf Druck geben sie korrekte Empfindung an.

Beine und Füſse.

Januar. Die Bräunung ist hier viel stärker ausgesprochen als an den anderen Körperteilen; aber als geborenes Dorfkind hat die Kranke selten Strümpfe und Stiefel getragen und ist stets der Sonne in reichlichem Maſse ausgesetzt gewesen. Die Beine zeigen jedoch ein gemasertes Aussehen infolge des Vorhandenseins von zahlreichen kleinen, tiefer gefärbten Pigmentflecken, welche ohne Zweifel als Maculae anzusehen sind. An beiden Knieen finden sich gewisse geringfügige Narben, welche meiner Meinung nach keinenfalls aus Blasen hervorgegangen sein können.

Dezember. Die Beine zeigen deutliche Braunfärbung der Haut. (Dabei hat das Kind während dieses ganzen Jahres ständig Strümpfe usw. getragen.) Die Maserung ist noch zu sehen, aber die trüben Flecke haben eine rötliche Färbung angenommen; die unteren zwei Drittel sind trocken, stellenweise glänzend, stellenweise auch (an dem Fuſsgelenk) ein wenig abschuppend. Der Fuſsrücken beiderseits ist cyanotisch, die Haut induriert. Deformitäten und Geschwüre sind nicht vorhanden.

Sensibilität.

Januar. Tastsinn, Schmerz- und Druckempfindung (Nadelstich) scheinen überall normal zu sein.

Dezember. Verhältnisse scheinen, wie zu Anfang, überall normal zu sein: sie näht akkurat.

Reaktion auf Pilokarpin.[2]

Januar. Allgemein gut entwickelt. Die Wangen, das Kinn, die Nase und die vordere Partie der Ohren blieben trocken wie auch die

[2] Die Ausdrücke, welche ich zur Kennzeichnung der verschiedenen Grade der Reaktion auf Pilokarpin verwende, sind folgendermaſsen zu erklären: 1. „Schweiſs“ bedeutet die in Gestalt von groſsen Tropfen und Strömen auftretende normale Reaktion. 2. „Kleine Perlen“ kennzeichnen eine fast universelle, aber dem Grade nach viel

Stirn in unmittelbarer Nähe der Augenbrauen; weiter aufwärts fanden sich minimale Perlen und am Rande der behaarten Kopfhaut auch Schweifs. Die Spitzen beider Schultern blieben trocken. Die Nates, die laterale Fläche beider Oberschenkel, die Kniee und die obere Hälfte der vorderen Fläche der Unterschenkel beiderseits sowie die Fufssohlen blieben trocken. Der Rücken zeigte Schweifs, obzwar an der Skapulargegend etwas weniger vollständig als im übrigen; die Vorderarme, die untere Hälfte der Unterschenkel und die vordere Fläche beider Füfse schwitzten.

Dezember. Gut ausgeprägt. Gesicht: Am Rande der behaarten Kopfhaut und 1 cm weit auf der angrenzenden pigmentierten Haut ist Schweifs zu sehen; an den Schläfen ist derselbe etwas reichlicher als an den anderen Stellen; weiter nach abwärts hin nimmt die Reaktion allmählich ab und hört oberhalb der Augenbrauen ganz auf, wie zu Anfang; alle anderen Teile blieben trocken. Der Hals zeigte kleine Perlen, aber die tiefer pigmentierten, als makulös bezeichneten Stellen wurden nur feucht. Am Rumpf, sowohl vorne wie hinten, war an der mehr normal aussehenden, wenn auch pigmentierten Haut, Schweifs zu sehen; die schärfer entwickelten Maculae an der Vorderfläche wurden nur feucht. Die Oberarme blieben trocken; allenfalls waren sie vielleicht an dem oberen Gebiet der Innenflächen und an den Ellenbeugen feucht zu nennen; die Vorderarme und Hände waren trocken aufser an der Schwimmhaut zwischen den Fingern, wo sich minimale Perlen fanden, und an dem Handrücken und Handteller, wo die Haut auch blofs feucht wurde. Das Gesäfs und die unteren Extremitäten blieben trocken mit Ausnahme von symmetrischen Zonen, welche vom Perineum ab sich 5 bis 7 cm weit auf den Oberschenkeln nach abwärts erstreckten; diese Partien wurden feucht.

Bacillus Leprae.

Den 8. Januar. Nachgewiesen in Deckglaspräparaten an Material von der rechten und linken Nasenhöhle, von der rechten Ohrmuschel und von der rechten Wange herstammend.

---

weniger intensive Reaktion als normal. 3. „Minimale Perlen“ sind meist nur bei genauer Betrachtung und bei seitlicher Beleuchtung zu erkennen; sie sind selten auf der ganzen betroffenen Oberfläche in universeller Verteilung vorhanden, sondern sind an den verschiedenen Stellen bald zahlreicher, bald spärlicher entwickelt. 4. „Feucht“ entspricht einem Reaktionsgrad, der etwas geringer noch als der vorige entwickelt ist; selbst minimale Perlen sind dabei nicht sichtbar. 5. „Trocken“ bezieht sich auf reaktionslose Gebiete. Die beiden letzten Grade sind durch Berühren zu erkennen; sie sind sehr präzis ausgeprägt und zu ihrer Erkenntnis ist keine grofse Erfahrung nötig. Während „Überströmen“ ein Wort ist, das keiner weiteren Erklärung bedarf, mag immerhin der Vorsicht halber darauf hingewiesen werden, dafs dieser Zustand oft für die Beurteilung des Zustandes von tiefer gelegenen Teilen hinderlich ist; auch an anderen, höher gelegenen Zonen wird die Beurteilung des wirklichen Zustandes erschwert, wenn sie von Strecken stark schwitzender Haut umgeben sind.

Den 17. März. Positives Ergebnis an Präparaten von den beiden Nasenhöhlen und von der rechten Wange.

Den 18. Mai. In Strichpräparaten von der rechten Ohrmuschel spärliche Bazillen.

Den 2. Juni. In Präparaten, die von einem Bläschen am Kinn (Herpes) gewonnen wurden, nachgewiesen; desgleichen in gröfserer Anzahl in der aus der Umgebung des Bläschens am Kinn ausgedrückten Lymphe.

Den 11. August. In Ausstrichpräparaten von der Haut des rechten Vorderarms Bazillen ziemlich zahlreich nachgewiesen sowohl einzeln wie in Haufen; mehrere färben sich unregelmäfsig. An Deckglaspräparaten vom rechten Oberarm zahlreiche, meist einzeln liegende Bazillen; die meisten sind unvollständig gefärbt. In der anscheinend normalen Haut am rechten Schlüsselbein keine angetroffen.

Den 4. September. Positives Ergebnis an Präparaten vom Rücken der rechten Hand; zahlreich, einzeln liegend, gleichmäfsig sich färbend.

Den 11. September. Positives Ergebnis in Ausstrichpräparaten von der rechten und linken Nasenhöhle; zahlreiche Bazillen in Haufen und einzeln verstreut; einige haben sich gleichmäfsig gefärbt, die meisten aber nur bruchweise.

Während des Beobachtungsjahres wuchs das Mädchen um 6 cm, und ihr Gewicht (ohne Bekleidung) variierte folgendermafsen:

Den	28. Januar:	20	kg	Den	31. Juli:	23	kg
„	28. Februar:	20	„	„	27. August:	22	„
„	21. März:	19,5	„	„	14. September:	22,5	„
„	30. April:	20,5	„	„	30. Oktober:	22,5	„
„	30. Mai:	21,5	„	„	5. Dezember:	21	„
„	12. Juni:	22	„	„	28. „	21	„

Die angewandte Behandlung[3] gestaltete sich folgendermafsen:

Den 28. Januar. Nastin B 1 zu 5 ccm, subcutan in den Oberarm injiziert.

Den 4. Februar. Nastin B 1 zu 1 ccm, jeden siebenten Tag in den Oberarm, abwechselnd rechts und links einzuspritzen.

Den 3. Juni. Die Injektionen sind regelmäfsig gegeben worden; es ist aber dreimal am sechsten Tage und viermal am achten Tage injiziert worden. Die Dosis wird erhöht: Nastin B 1, 1,5 ccm jeden siebenten Tag zu injizieren.

Den 23. August. Die gleiche Dosis wird jeden fünften Tag gegeben.

---

[3] Es ist hierbei stets die Angabe so zu verstehen, dafs die an je einem Datum notierte Therapie ohne Abänderung fortgesetzt wurde bis zu der nächstfolgenden Datierung.

Den 22. September. Heute wird als am fünften Tage injiziert, aber als (einzige) Ausnahme Nastin B 2, 1 ccm gegeben. Es erfolgte keine Reaktion.

Den 25. September. Es wird wieder Nastin B 1 aufgenommen und an jedem dritten Tage 1,5 ccm injiziert.

Den 28. September. Die gleiche Dosis wird einen Tag um den anderen gegeben.

Den 24. Oktober. Nastin B 2, 0,5 ccm (N. S.).

Den 26. Oktober. Nastin B 2, 1 ccm (N. S.).

Den 28. Oktober. Es wird wieder mit Nastin B 1 (eigene Sendung) angefangen und 1,5 ccm einen Tag um den anderen gegeben.

Den 4. November. Kur abgebrochen.

Den 14. Dezember. Eastons Sirup, Maltose und Lebertran.

Den Verlauf des Falles kann man folgendermaſsen zusammenfassen: Bei der Aufnahme bestanden auſser den gelegentlichen Schmerzen in den unteren Extremitäten keine krankhaften Erscheinungen; und wenn auch der Appetit mit dem Eintritt der heiſsen Jahreszeit gegen Ende des Jahres sich verminderte, so blieb das Mädchen doch, wie es schien, bei guter Gesundheit. Nur die leprösen Läsionen lieſsen das Bestehen eines pathologischen Prozesses erkennen. Dieselben traten stetig immer deutlicher im Verlauf der Monate hervor. Bei der Aufnahme waren die Maculae am Stamme die auffälligsten Störungen; die allgemeine Infiltration der Gesichtshaut war zu dieser Zeit so unbedeutend, daſs es einige Mühe kostete, sie überhaupt zu erkennen. Während des Monats April entdeckte ich eine sehr unklare Änderung in der Konsistenz mit Neigung zu Verfärbung in den tieferen Partien der rechten Wange; die Abweichung war so geringfügig, daſs ich etwa acht bis vierzehn Tage lang zweifelhaft war, ob wirklich eine Veränderung eingetreten war oder nicht; aber etwa sechs Wochen später war eine unleugbare und leicht erkennbare Verhärtung vorhanden. Als der Prozeſs in der rechten Wange in diese Phase eingetreten war, wurde es allmählich möglich, auch an der linken Wange eine ähnliche unbestimmte, kaum genau zu definierende Veränderung in der Tiefe nachzuweisen; auch dieser Prozeſs trat allmählich immer deutlicher in die Erscheinung. Anfangs Juni entwickelte sich ein kleiner Herpesherd an der Unterlippe. Derselbe schien ganz gewöhnlicher Art zu sein; die Untersuchung ergab aber das Vorhandensein von Bazillen in den Bläschen und auch in der scheinbar ganz unveränderten Haut in der Nachbarschaft. Inzwischen hatte die allgemeine Verdickung der Gesichtshaut stetig zugenommen, so daſs z. B. die Infiltration in der bekannten Schmetterlingsform schon bei flüchtiger Betrachtung auffiel. In der Periode zwischen diesem Zeitpunkt und dem Ende Juli stellte sich der oben geschilderte Ausbruch von kleinsten Knötchen am Kinn, an den Wangen

sowie an den unteren Partien der Vorderarme ein. Diese Läsionen waren so dicht gesät, daſs sie fast die ganze Oberfläche bedeckten. Um die genannte Zeit waren sie aber kaum sichtbar, auſser bei seitlicher Beleuchtung, sondern nur für den Tastsinn (allerdings ganz unzweifelhaft) erkennbar. Gleichzeitig fingen die Hände an, eine ödematöse Verhärtung zu entwickeln. Im Oktober hatten die miliaren Knötchen so sehr an Gröſse zugenommen, daſs sie bei jeder Art Beleuchtung zu sehen waren. Die Nase fing an, eine häufigere Verstopfung zu erleiden, und die allgemeine Schwellung des Gesichts hatte das normale Aussehen des Kindes unverkennbar, wenn auch nicht in erheblichem Grade verändert. Ende des Jahres waren alle diese Erscheinungen noch intensiver entwickelt, und die um diese Zeit wiederholte Pilokarpinprobe, welche allerdings im Wortlaut des Berichtes nicht ganz genau sich mit der früheren vergleichen läſst, zeigte, daſs der Vorgang der Schweiſsabsonderung im Laufe der Zeit sich gegen früher verschlechtert hatte. Besserungen traten im Laufe des Jahres an den gröſseren tastbaren Nervenstämmen auf; aber derartige Erfolge ereignen sich, wie ich bereits hervorgehoben habe, des öfteren binnen einigen Monaten ganz unabhängig von jeglicher Therapie. Mit Einem Wort: ich bin der Meinung, daſs dieser Fall vollständig in der ganz gewöhnlich zu konstatierenden Weise verlief und schrittweise stetig bergab gegangen ist.

Fall 88. G. M. S., weiblich, 23 Jahre alt; aufgenommen im Februar 1904.

G. M. S. befand sich zur Zeit der Geburt eines Kindes im Februar 1903 bei voller Gesundheit. Die ersten Zeichen der leprösen Infektion machten sich einige Wochen nachher bemerkbar, aber die richtige Diagnose wurde erst gegen Ende Januar im Jahre 1904 gestellt. Im Monat Februar wurde die Kranke mit den Zeichen der tuberösen Lepra aufgenommen. Als die Nastinbehandlung im April 1908 angefangen wurde, befand sie sich im fünften Jahre ihrer klar entwickelten Krankheit.

Es dürfte überflüssig sein, die Einzelheiten des Falles und seines Verlaufes darzulegen. Bei der Aufnahme im Anfang des zweiten Jahres der Krankheit zeigte die Patientin eine Infiltration und rötlichbraune Pigmentierung der Gesichtshaut, beginnende Deformierung der Ohren, zahlreiche graubraune Flecke an den oberen Extremitäten, den Hüften und Oberschenkeln und auch sichtliche Verdickung an einigen dieser Stellen, ferner Rauhigkeit und geringe Schuppenbildung der Haut an den unteren Dritteln der Unterschenkel und den Füſsen sowie induriertes Ödem der Hände und Cyanose an letzteren und auch an den Füſsen. Es bestand auch eine Verdickung, unregelmäſsige Konturierung und Funktionsstörung der Cubitalnerven, und die Nervi peroneales externi waren verdickt und hypersensibel. Die Hautsensibilität war wenig oder gar nicht

beeinträchtigt, und das Allgemeinbefinden war ganz gut. Leprabazillen fanden sich in der Lymphe, welche aus verschiedenen Körperstellen entnommen wurde. Im Verlaufe der Beobachtungsdauer wurde die Schwellung am Gesicht und an den Händen stärker, und die braune Pigmentierung an ersterem wurde sogar ungewöhnlich intensiv; Knötchen von miliarer Gröſse entstanden am unteren Teile des Gesichts, andere von dem üblichen Umfang auch an den Vorderarmen. Die Schweiſsabsonderung war an einem gröſseren Teil der Gesamtoberfläche teils erheblich vermindert, teils vollständig aufgehoben. Die Sensibilität blieb am ganzen Körper im wesentlichen unverändert oder war nur sehr wenig beeinträchtigt (in bezug auf Tastsinn, Lokalisierungsvermögen, Schmerz- und Druckempfindung) auſser an den Füſsen, wo eine gewisse geringe Abstumpfung bestand; erst gegen Ende des Jahres 1908 war bei der Untersuchung eine Verminderung der Sensibilität an den Unterschenkeln und Füſsen mit gröſserer Sicherheit zu konstatieren. Während dieser ganzen Zeit war das Allgemeinbefinden unausgesetzt vollkommen gut geblieben; die Patientin war immer und ist auch jetzt noch geistig und körperlich durchaus rege und beweglich; sie beschäftigt sich emsig mit jeder ihr gebotenen Hausarbeit und befaſst sich ausgiebig mit Sticken und Nähen. Der Grad ihres Leidens ist durch die gesetzten Läsionen gekennzeichnet, ist aber an sonstigen Merkmalen, so viel man sagen kann, nicht wahrnehmbar. Der am Nasensekret und an anderen Objekten im Jahre 1907 und im März 1908 — also vor dem Beginne der Nastinbehandlung — gelungene Nachweis von Leprabazillen wurde im Juni 1908 an der aus beiden Vorderarmen entnommenen Lymphe wieder betätigt. Im Januar 1909 wurden allerdings an den mit Sekret der Nasenhöhle angefertigten Ausstrichpräparaten keine Bazillen gefunden; aber es wurde eine Untersuchung des Nasenschleims nur bei dieser einzigen Gelegenheit ausgeführt, und es ist zu bemerken, daſs es auch früher einmal im Jahre 1907 im Verlauf der monatlichen Untersuchung nicht gelingen wollte, ein positives Ergebnis zu erzielen, trotzdem vorher und auch nachher wieder ein positives Resultat sich ergeben hat. Es ist überhaupt meiner Erfahrung nach manchmal der Fall, daſs diese Lokalität trotz zweifelloser Anwesenheit von Bazillen ein negatives Resultat liefert.

Alle die vorherigen therapeutischen Eingriffe waren im Monate Dezember 1907 eingestellt worden. Die Nastinbehandlung wurde in der folgenden Anordnung durchgeführt:

Den 7. April. Nastin B 1, jeden siebenten Tag subcutan am Oberarm unter Verwendung beider Arme abwechselnd, 1 ccm eingespritzt.

Den 20. April. Aussetzen der Injektionen nach Verabreichung der dritten Dosis am heutigen Tage.

Den 12. Mai. Wiederaufnahme der Injektionen nach obigem Schema.

Den 17. Juni. Nastin B 1, 1,5 ccm jeden siebenten Tag gegeben.

Den 12. August. Nastin B 1, 1,5 ccm, jeden fünften Tag gegeben.

Den 8. September. Injektionen wie bisher; aufserdem eine Mixtur von Infusum gentianae mit Spiritus ammoniae.

Den 12. September. Nastin B 2, 1 ccm, jeden fünften Tag.

Den 22. September. Nastin B 2, 2 ccm.

Den 25. September. Nastin B 1, 1,5 ccm, einen Tag um den anderen.

Den 9. Oktober. Nastin B 1, 1 ccm, einen Tag um den anderen. (Diese Abänderung war die Folge eines Versehens.)

Den 24. Oktober. Nastin B 2 (N. S.) 5 ccm.

Den 26. Oktober. Nastin B 2 (N. S.) 1 ccm.

Den 28. Oktober. Nastin B 1, 1 ccm, einen Tag um den anderen.

Den 16. Dezember. Schlufs der Behandlung.

Das Gewicht zeigte während der Behandlungsdauer folgende Schwankungen:

Den 13. April:	63,5 kg	Den 14. September:	61 kg
„ 16. Mai:	64,5 „	„ 2. Oktober:	61,5 „
„ 12. Juni:	65 „	„ 30. „	60 „
„ 16. Juli:	64 „	„ 5. Dezember:	59,5 „
„ 5. August:	64 „	„ 28. „	60 „
„ 27. „	62,5 „		

Gegen Ende August litt die Kranke ein wenig an Verdauungsstörungen. Ich habe nichts weiter hinzuzufügen, als dafs ich irgend eine Veränderung, weder zum Guten noch zum Schlechten, am Schlusse der Kur nicht konstatieren konnte.

Fall 59. H. W., männlich, 68 Jahre alt; aufgenommen im November 1897.

Die allerersten als Symptome von Lepra zu deutenden Erscheinungen wurden nach der Festsellung des Patienten selber, welche jedenfalls für annähernd richtig gelten kann, im Jahre 1892 beobachtet; somit befand er sich bei Beginn der Behandlung im 16. Jahre seiner Krankheit. Im Jahre 1897 hatte ich zuerst Gelegenheit, ihn ärztlich zu untersuchen (siehe Lepra, I, S. 75). Die Krankheitserscheinungen waren diejenigen der reinen Lepra nervorum; es ist trotz vielfacher Versuche niemals möglich gewesen, den Bacillus an den uns zugängigen Teilen des Körpers (Haut, Nasenhöhle) nachzuweisen. In der Zeit zwischen dem Monate August 1898 und Januar 1900 erhielt er 65 Wochen lang ein- bis zweimal wöchentlich nach der von Dr. RADCLIFFE CROCKER empfohlenen Methode eine intramuskuläre Injektion von 0,015 Sublimat in einem Kubikzentimeter destillierten Wassers. Bei Beendigung dieser Therapie publizierte ich wieder einen Bericht über seinen Zustand mit dem Ergebnis, dafs der Patient seinem Gesamtbefinden nach geschwächt war, die leprösen Sym-

ptome dagegen keine Besserung aufwiesen (siehe Lepra, III, S. 110—111). Um diese Zeit bestanden zahlreiche Flecke am Stamme mit einem Durchmesser von einigen Zentimetern; die Kubitalnerven zeigten knötchenförmige Verdickungen, die Hände waren hochgradig abgemagert und deformiert, an beiden Füſsen hatten sich an der Plantarfläche perforierende Geschwüre entwickelt, und es waren auch sonst Symptome von Nervenlepra in der gewöhnlichen Art zu konstatieren, unter anderen das häufige spontane Auftreten von Blasen an den Fingern beider Hände. Diese Zeichen eines aktiven Prozesses zeigten allmählich einen Rückgang; etwa gegen Ende des Jahres 1900 oder anfangs 1901 schien das Leiden definitiv zur Ruhe gekommen zu sein, und es wurde von jeglicher Behandlung Abstand genommen. Indessen fing gegen Ende des Jahres 1907 wiederum eine Entwicklung von Blasen an beiden Händen und Füſsen an, und bei der im März 1908 vorgenommenen Untersuchung wurden die weiter unten genauer beschriebenen Maculae konstatiert. Dabei war der Gesundheitszustand der gleiche wie in den früheren Jahren geblieben —, d. h. für sein Alter war der Patient recht rüstig in Anbetracht der durch das fast totale Fehlen der taktilen Empfindung an den Füſsen und Unterschenkeln bedingten Unbeholfenheit. An den unteren Extremitäten war nämlich die Fähigkeit der Wahrnehmung von Druckeinwirkungen nur so weit erhalten, daſs er gelegentlich ein wenig umherspazieren konnte.

Es war also damit erwiesen, daſs die Krankheit wiederum in ein Stadium gröſserer Aktivität übergegangen war, und es wurde deshalb nunmehr mit der Nastinbehandlung begonnen. Die Kur wurde, wie aus den folgenden Notizen sich ergibt, planmäſsig durchgeführt:

Den 16. März. Nastin B 1 in Dosen von 1 ccm jeden siebenten Tag subcutan an den Armen, rechts und links abwechselnd eingespritzt.

Den 18. August. Nastin B 1, jeden fünften Tag 1 ccm.

Den 12. September. Nastin B 2, jeden fünften Tag 1 ccm.

Den 20. Oktober. Nastin B 1 jeden fünften Tag zu geben.

Den 26. Oktober. Nastin B 2 (N. S.) 1 ccm.

Den 2. November. Nastin B 1 wieder aufgenommen und jeden siebenten Tag gegeben.

Den 28. Dezember. Schluſs der Behandlung.

Eine fieberhafte Reaktion trat zu keiner Zeit hervor, trotzdem auch 1 ccm Nastin B 2 wöchentlich einmal während einer Periode von 37 Tagen im Verlaufe der Gesamtkurdauer verabreicht wurde. Während der übrigen Zeit erhielt er regelmäſsig Nastin B 1. Dennoch war ich beim Abbruch der Kur nicht imstande, irgendeine Besserung im Befinden des Patienten zu konstatieren.

Beim Beginne des Verfahrens waren die groſsen Maculae jedenfalls schon nicht mehr ganz neu, wenn auch die tatsächliche Zeit ihres Auf-

tretens nicht genau festgestellt wurde; sie hatten damals schmale (0,5 cm breite), scharf ausgeprägte und ununterbrochen fortlaufende, kupferrote Ränder, während das eingeschlossene Gebiet von gleichmäſsiger, blaſslila Farbe war mit einer Andeutung von einem zarten Schimmer, wie dies manche Obstsorten zur Zeit der vollkommenen Reife darbieten. Im Laufe des Jahres erfolgten involutive Veränderungen, wie ich sie schon oft an unbehandelten Fällen auch erlebt habe. Binnen Monatsfrist ging der erwähnte Schimmer verloren; die Randzone wurde späterhin breiter, und ihre Färbung ging in ein trübes Rot über, um an einigen Stellen schlieſslich ganz zu verschwinden. Dabei erschienen dann die eingeschlossenen Teile der Haut nur leicht rosarötlich und gingen an den Stellen, wo die Umwandlung fehlte, unmerklich in die gesund aussehende Umgebung über. Dieses Verhalten ist aber meiner Erfahrung nach ganz häufig als der Lauf der Dinge bei solchen Flecken zu beobachten; der Ausbruch vollzieht sich in einigen Wochen, dann folgt ein Stadium der vollen Entwicklung, das einige Wochen länger anhält, worauf sich eine ausgedehnte Phase des allmählichen Verblassens und Veränderns anschlieſst, bis entweder, wie es sich öfters ereignet, alle Zeichen verschwinden, oder auch permanente Veränderungen an der Haut mit oder ohne Pigmentablagerungen sich ausbilden. Die Blasen zeigten die folgende modifizierte Art der Entwicklung: anstatt sich zu groſsen Vesicae vom klassischen Typ auszuwachsen, waren sie gegen Ende des Jahres noch sehr klein und hatten die Gröſse etwa einer geschälten Erbse oder nur wenig mehr; einige waren am unteren Teile der Vorderarme lokalisiert. Ihr Inhalt war hämorrhagisch, aber nach wenigen Tagen pflegten sie einzutrocknen und zu verschwinden. Was diese Modifikation für eine Bedeutung hatte, weiſs ich nicht; ich möchte aber nicht unterlassen zu bemerken, daſs ich dieselbe bei keinem anderen Falle jemals beobachtet habe. Die Beschaffenheit des Nervensystems blieb so gut wie vollständig unbeeinfluſst, und die Sensibilitätsstörung war in genau dem gleichen Status wie vorher. Der Patient selber war der Meinung, daſs in bezug auf die willkürliche Bewegbarkeit der Finger eine Besserung eingetreten sei. Ich stimmte ihm hierin bei, obgleich sowohl andere kompetente Beobachter als auch die Wärter sowie seine Mitkranken, welche aus Interesse an ihrem eigenen Leiden die Resultate aufmerksam verfolgten, meine Auffassung nicht teilten, Aber ich schrieb den Fortschritt nicht etwa der eingeleiteten Behandlung zu. Vielmehr nahm ich an, daſs, nachdem mit dem neuen Mittel ein Heilversuch unternommen wurde, der Patient bei regerem Interesse und genauerer Beobachtung entdeckte, daſs seine fast unbrauchbaren Hände schlieſslich doch nicht ganz so vollständig kraftlos waren, wie er geglaubt hatte. Abgesehen von anderen zuverlässigeren Gründen fand diese Ansicht darin eine Stütze, daſs er sogleich nach der allerersten Einspritzung behauptete, eine Besserung

zu fühlen, und man bedenke, daſs es sich hierbei um einen Defekt handelte, bei welchem in Anbetracht seiner Pathologie und seines schon ungewöhnlich langen Bestehens eine wesentliche Besserung durch Behandlung irgendwelcher Art überhaupt nicht mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten war. Jedenfalls sind aber seine Hände nach wie vor beinahe vollständig unbrauchbare Organe geblieben.

Eine besondere Bedeutung kommt diesem Falle zu mit Rücksicht auf die von Prof. Deycke erlassene Warnung über die Notwendigkeit, die gröſste Vorsicht walten zu lassen bei der Verwendung von Nastin bei Fällen von Nervenlepra.

Fall 116. F. P., männlich, 70 Jahre alt; aufgenommen Januar 1908.

Dieser Patient — Gewicht: 81,5 kg; Körperlänge: 151 cm — gab als Datum des ersten Auftretens von leprösen Erscheinungen die Zeit 1903—1904 an; er bot aber verschiedentlich Zeichen von leichtem senilen Verfall, und es dürfte mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen sein, daſs seine Krankheit schon etwas länger gedauert haben mag. Als erste Läsionen traten Flecke am Rumpfe hervor; da dieselben jedoch keine Beschwerden verursachten, schenkte er ihnen wenig Beachtung. Einige Monate vor der Aufnahme indessen fingen intensive und persistierende neuralgische Schmerzen an den Händen, den Beinen und Füſsen sich zu entwickeln an, so daſs er ärztlichen Rat nachzusuchen sich gezwungen sah. Bei der Aufnahme bot er am Gesicht einige Herde von Braunfärbung dar sowie eine ausgedehnte, aber nicht sehr hochgradige Infiltration der Gesichtshaut; ferner fanden sich kleine, nicht eigentlich prominente Knötchen in dem geschwollenen Gebiete über den Augenbrauen und an den Ohrmuscheln und Läppchen; die normale Physiognomie war nur wenig verändert. Am Stamm und an den Armen sah man zahlreiche diskrete Maculae mit sichtlicher Infiltration und Pigmentierung; an den Händen waren die Hauptmuskeln etwas atrophiert, und es bestand ein mäſsiger Grad von indurierendem Ödem nebst Cyanose; an den gröſseren zugänglichen Nervenstämmen war eine erhebliche Hypersensibilität zu konstatieren, während die cutane Sensibilität wenig Abweichung von der Norm erkennen lieſs. Eine fast vollständige Beseitigung der Schweiſssekretion und andere Symptome der üblichen Art vervollständigten das Bild der tuberösen Lepra. Nastin wurde in der unten angegebenen Weise verabreicht. Obwohl wir diese Behandlungsmethode nicht gerne mit anderen Medikamenten verquicken wollten, wurden wir durch die Heftigkeit der neuralgischen Schmerzen gelegentlich gezwungen, auch mit anderen Mitteln zu behandeln.

Den 28. Januar. Nastin B 1 subcutan 1 ccm, jeden siebenten Tag an den Armen, rechts und links abwechselnd, gegeben.

Den 5. April. Neben der bisherigen Behandlung Natrium salicylicum in Lösung.

Den 28. April. Mit Nastin fortgefahren; an Stelle der Salicylmixtur wird reiner Phosphor 0,003 in 15 Tropfen Lebertran dreimal täglich gegeben.

Den 1. Juli. Mit Nastin fortgefahren; Phosphor ausgesetzt.

Den 5. August. Nastin ausgesetzt. Dasselbe war kontinuierlich jeden siebenten Tag gegeben worden, nur bei einigen wenigen Gelegenheiten am sechsten resp. am achten.

Die weitere Behandlung mit Injektionen ist vom Patienten abgelehnt worden. Ende des Jahres 1908, also vier Monate nach der Beendigung der Kur, war zu konstatieren, dafs im allgemeinen das Gesicht keine Veränderungen aufwies; die Flecke am Stamme hatten die sonst tastbare Infiltration eingebüfst und hatten eine etwas andere Färbung angenommen; die Hypersensibilität der Kubitalnerven hatte sich noch gesteigert, wohingegen die Unregelmäfsigkeit in der Konturierung derselben etwas undeutlicher geworden war; die neuralgischen Schmerzen an den Händen und Füfsen bestanden zwar noch fort, es war aber anzunehmen, dafs doch eine erhebliche Besserung eingetreten war. Bei dem ziemlich kindlichen Geisteszustand des Kranken war eine ganz zuverlässige Beurteilung seiner Angaben über seine subjektiven Empfindungen allerdings nicht möglich. Das indurierte Ödem der Hände war vergangen; aber der Mangel der Schweifsabsonderung war noch fast an der ganzen Körperoberfläche der gleiche geblieben. Die Injektionen hatten niemals irgendeine febrile noch, auch eine lokale Reaktion zur Folge gehabt.

Ein Vergleich zwischen dem Befund bei der Aufnahme und seinem Zustand ein Jahr später (den im einzelnen zu schildern sich hier nicht verlohnt) ergibt gewisse auf Besserung deutende Veränderungen; dieselben sind aber zu unbedeutend, um als Zeichen einer eintretenden Genesung gedeutet zu werden. Eine wirkliche Bedeutung kann ihnen, meines Erachtens, nicht zugesprochen werden aus den in meinen einleitenden Bemerkungen oben angegebenen Gründen.

Fall 113. C. S. C., weiblich, 52 Jahre alt; aufgenommen April 1907.

Diese, der weifsen Rasse angehörige Patientin litt an Lepra tuberosa in derjenigen klinischen Form, welche manchmal als „die gemischte“ bezeichnet wird, — d. h. sie bot die gewöhnlichen Veränderungen an den gröfseren oberflächlichen Nervenstämmen dar nebst Flecken, aus denen der Leprabacillus leicht zu gewinnen war, aber keine Knotenbildungen — was meiner Auffassung von der Bedeutung des Wortes „gemischt“, welches ich selber allerdings sonst nie verwende, entsprechen würde. — Die Krankheit hatte wahrscheinlich vier bis fünf Jahre in ausgeprägter Form

schon bestanden. Gegen Ende Juli 1908 erlitt sie eine akute Verschlimmerung, während deren die Erscheinungen eine ausgesprochen tuberöse Form annahmen. Am Gesicht entwickelten sich zahlreiche Tumoren, von denen der eine auf der linken Seite des Kinnes ungewöhnlich grofse Dimensionen annahm. Nachdem die Temperatur 8 bis 14 Tage lang wieder normal gewesen war (mit Schwankungen zwischen 36,1 und 37,1), wurde bei zwei Gelegenheiten Nastin in den grofsen Tumor injiziert, und zwar:

Den 22. September. Nastin B 1, 1 ccm.

Den 3. Oktober. Nastin B 2, 1 ccm.

Aufser einem mäfsigen, wahrscheinlich durch die Spannung bedingten und bald wieder vergehenden Schmerz war keine weitere Wirkung zu verzeichnen. Es erfolgte weder eine fieberhafte noch eine lokale Reaktion.

Fall 115. Hong Fong, männlich, 40 Jahre alt; aufgenommen Oktober 1907.

Der Chinese Fong litt an Lepra tuberosa; wir können wohl annehmen, dafs er vier bis fünf Jahre erkrankt gewesen war, aber ein genauerer Zeitpunkt der Infektion war nicht festzustellen. Sein Gesundheitszustand im allgemeinen war vollständig gut, und er gebrauchte keinerlei Behandlung. Er erhielt Nastininjektionen, wie folgt:

Den 20. Oktober. Nastin B 2 (N. S.), 5 ccm.

Den 21. „ Nastin B 2 (N. S.), 1 ccm.

Den 23. „ Nastin B 2 (N. S.), 1 ccm.

Es erfolgte weder eine lokale noch irgendeine allgemeine Reaktion.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Bad Salzschlirf.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 6.

1. **Über die Einwirkung einiger in der Luestherapie gebräuchlichen Mittel auf die Leukocyten und über die Bedeutung der Leukocytose für die Heilung der Lues,** von CARL STERN-Düsseldorf. ST. hat durch eine Reihe von Untersuchungen festgestellt, dafs bei Luetikern durch Schmierkuren, durch Injektionen von Sublimat und von Hydrargyrum salicylicum sowie von Atoxyl in grofsen Dosen und von Nukleinsäure Leukocytose hervorgerufen wird. Bei den Schmierkuren kommt als Ursache für die Entstehung der Leukocytose aufser der Quecksilberwirkung auch die mechanische Hautreizung in Betracht, weil durch diese eine Anregung auf die normalerweise in der Haut vorhandenen Leukocytendepots ausgeübt wird. Einmalige Injektion von 0,02 Sublimat führt zu einer Steigerung der Leukocytenzahl, die nach etwa 20 Stunden ihre gröfste Höhe erreicht, um dann rasch wieder abzufallen; längere Zeit hindurch jeden zweiten Tag vorgenommene Sublimatinjektionen haben eine

Leukocytose von mehrwöchentlicher Dauer zur Folge. Nach Injektion von Hydrargyrum salicylicum wird die Leukocytenzahl am dritten und vierten Tage am gröfsten und sinkt in den beiden folgenden Tagen zur Norm ab. Atoxyl bewirkt allerdings nur in grofser Dosis (0,5) sehr starke, langanhaltende Leukocytose, doch kommt das Mittel, wenigstens in diesen Mengen, seiner gefährlichen Nebenwirkungen wegen für die Syphilistherapie nicht mehr in Betracht. Auch Injektionen von 0,5 Nuklein in Form von nukleinsaurem Natrium verursachen starke und langdauernde Leukocytose; ob und in welcher Weise diese Injektionen bei der Syphilisbehandlung mit Erfolg verwertet werden können, ist noch nicht festgestellt. Bei Luetikern, die auf Schmierkuren oder auf Injektion der genannten Mittel nicht mit Leukocytose reagieren, werden auch die Krankheitserscheinungen durch die Therapie nicht in der gewohnten Weise beeinflufst.

Dafs die luetische Infektion an sich zu einer Steigerung der Leukocytenzahl führt, ist von verschiedenen Autoren beobachtet worden; diese Steigerung ist wohl als eine Abwehrmafsregel des Organismus aufzufassen. Auch die lokale Leukocytose bei Initialsklerose ist nicht nur eine lokale Reaktion auf den durch die Spirochäten gesetzten lokalen Fremdkörperreiz, sie bedeutet aufserdem einen Versuch des Organismus, die Krankheitserreger an Ort und Stelle zu vernichten; dafür sprechen auch die Befunde, die St. bei seinen Versuchen, stark spirochätenhaltige Sklerosenteile auf Kaninchennieren zu übertragen, erhoben hat. Die durch therapeutische Mafsnahmen erzeugte Leukocytose ist zweifellos für die Beseitigung der lokalen luetischen Erscheinungen wie für die Heilung der Allgemeininfektion von wesentlicher Bedeutung.

2. **Zur Kenntnis des Boeckschen Sarkoids**, von Fr. Bering-Kiel. Beschreibung eines Falles von Boeckschem Sarkoid, der manche Eigentümlichkeiten aufwies. Es handelte sich um eine 37jährige Frau, bei der unter Temperatursteigerung und grofser zunehmender Mattigkeit hochgradige Schwellung der Parotis beiderseits und starke Trockenheit im Munde auftrat. Wenige Tage später erschienen auf Armen und Beinen rote Flecken, und nach 14 Tagen, als die Parotis zur Norm zurückgekehrt und das Fieber verschwunden war, schwollen die Submaxillardrüsen bis zu Hühnereigröfse an. Nach Beginn der Erkrankung wurden die Zähne weich und bröckelten in Stücken ab, die Trockenheit der Mundschleimhaut wurde in der ersten Woche immer stärker. Aus den roten Flecken an Armen und Beinen entwickelten sich bläulichrote, unregelmäfsig begrenzte, pfennig- bis zweimarkstückgrofse, zum Teil konfluierende, bis in die Subcutis reichende, teilweise leicht erhabene Infiltrationen und runde, tief dunkelblaugefärbte, derbe, markstückgrofse, erhabene Knoten, die zwischen den Infiltraten lagen und auf der Oberfläche ganz feine Schüppchen und bei Glasdruck feine braune Flecken erkennen liefsen. Injektion von 1/2 mg Tuberkulin bewirkte starke allgemeine, aber weder an den geschwollenen Submaxillardrüsen noch an den Infiltraten oder Knoten lokale Reaktion. In der exstirpierten linken Submaxillaris fanden sich tuberkelähnliche Bildungen, aber weder Tuberkelbazillen noch Tuberkelbazillen-Granula; Meerschweinchen und Kaninchen, deren Drüsenteilchen verimpft wurden blieben frei von Tuberkulose. Ein exzidiertes Knotenstück enthielt zahlreiche Entzündungsherde mit Langhansschen Riesenzellen, aber auch keine Tuberkelbazillen oder Granula. Unter Gebrauch von Arsen gingen sämtliche Krankheitserscheinungen, namentlich auch die Hautveränderungen, ziemlich rasch zurück, dagegen stellte sich eine chronische Iridocyklitis ein, die nach dem klinischen Bilde als tuberkulös angesehen werden mufste. Auf Injektion von Alttuberkulin erfolgte keine lokale Reaktion an den Augen, wahrscheinlich weil die Allgemeinerkrankung bereits stark im Rückgang war und die vorausgegangenen Tuberkulininjektionen schon eine Angewöhnung hervorgerufen hatten.

Dafs es sich in dem beschriebenen Falle um eine bazilläre Tuberkulose handelte, erscheint zum mindesten sehr unwahrscheinlich, dagegen ist ein Zusammenhang mit Tuberkulose durch die positive Tuberkulinreaktion und durch das Auftreten der Iritis sicher erwiesen. Es lag wohl eine toxische Tuberkulose vor; dafür spricht auch der Umstand, dafs die Krankheit unter dem Bilde einer akuten Intoxikation — mit hohem Fieber, schneller und starker Beeinflussung des Allgemeinbefindens, frühzeitigen Veränderungen an Drüsen und Haut und rascher Heilung — verlief.

3. **Pemphigus syphiliticus localis, im besonderen bei der Syphilis acquisita der Erwachsenen,** von Hans Vörner-Leipzig. Während einige Autoren ein bullöses Syphilid als syphilitisches Exanthem eigener Art nicht anerkennen, kommt nach V.s Ansicht echter Pemphigus spezifischer Natur sowohl bei Säuglingen mit angeborener wie auch bei Erwachsenen mit erworbener Lues ohne Zweifel vor. V. unterscheidet zwei Formen, die ausgebreitete und die beschränkte, besonders an Flachhänden und Fufssohlen oder an den Genitalien lokalisierte Form; die bisher publizierten etwa 30 Fälle von Pemphigus syphiliticus adultorum gehörten alle bis auf zwei der ausgebreiteten Form an. Dagegen hat V. selbst sieben Fälle von Pemphigus syphiliticus localis beobachtet: viermal waren die Genitalien, einmal das Gesicht, einmal Handteller und Fufssohlen, einmal die Mundschleimhaut Sitz des Blasenausschlags; die Blasen, die in ganz verschiedenen Stadien der Lues, manchmal neben anderen syphilitischen Manifestationen, auftraten, bestanden stets nur ganz kurze Zeit, rezidivierten nie und machten häufig anderen spezifischen Effloreszenzen Platz; zweimal wies V. im Blasenboden, einmal im Blaseninhalt Spirochäten nach.

4. **Über luetische Erytheme bei Säuglingen,** von C. Hochsinger-Wien. H. weist darauf hin, dafs er das von A. Stroscher in der *Derm. Zeitschr.* beschriebene, „unter dem Bilde des Erythema exsudativum verlaufende Exanthem bei angeborener Lues“ unter dem Namen des „diffusen flächenhaften Syphilids der Säuglinge“ oder der „diffusen hereditär-syphilitischen Hautinfiltration“ im ersten Teile seiner Studien über die hereditäre Syphilis (1898) ausführlich abgehandelt hat. Auch auf die Entstehung von syphilitischen Pemphigusblasen auf solchen Exanthemen hat H. in diesen Studien schon aufmerksam gemacht. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 102, Heft 1. Mai 1910.

1. **Über Jododerma tuberosum; nebst Bemerkungen zu mehreren den Jodismus betreffenden Fragen,** von Richard Fischel-Bad Hall und Paul Sobotka-Prag. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Über die Beeinflussung der Psoriasis vulgaris durch die Arsentherapie,** von Ferdinand Winkler-Wien. Der Versuch, Arsen mit Hilfe des elektrischen Stromes in die Haut einzuführen, zeigte charakteristische lokale Arsenwirkungen, bei denen die Vasokonstriktion ersichtlich eine grofse Rolle spielt, ohne das entscheidende Moment zu sein; die Ursache der Arsenwirkung auf die Psoriasis mufs in der Wirkung des Arsens auf die erkrankten Zellen selbst zu suchen sein; jedenfalls liegt der Angriffspunkt des Arsens bei der Psoriasisbehandlung nicht zentral, sondern peripher, in loco morbi. Da die lokale elektrolytische Arsenbehandlung noch die Gefahr von Hautverätzungen und lokalen Nekrosen birgt, ist die Methode noch nicht in den Bereich der allgemein zulässigen Therapie zu ziehen.

3. **Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der „toxischen“ Tuberkulosen der Haut,** von Karl Zieler-Würzburg. Der Artikel wird fortgesetzt.

4. **Zur Histologie der Narben,** von W. J. Heimann-New York. Untersuchungen an Narben der verschiedensten Herkunft und von fast allen Körperteilen, angestellt

an der Berner dermatologischen Klinik. Aus den Schlufsfolgerungen ist hervorzuheben, dafs ein Papillarkörper in der überwiegenden Mehrzahl der Narben früher oder später in mehr oder weniger typischer Ausbildung nachzuweisen ist. Die Epidermis der Narben ist nicht charakteristisch; sie kann normal, kann aber auch verdickt und hyperkeratotisch sein. Elastische Fasern sind auch schon in jungen Narben vorhanden neben Resten der alten Fasern sind feine und feinste sicher neugebildete immer zu konstatieren. Pigment kann sowohl im Corium als auch im Epithel vorhanden sein.

5. **Über Lupuscarcinome,** von Ludwig Zweig-Dortmund. Sechs Fälle aus der klinischen und Privatpraxis von Fabry, die im allgemeinen nicht so malign verlaufen sind, wie von anderen Autoren berichtet; nur ein Fall bekam metastatische Drüsentumoren. Sehr instruktive Abbildungen.

6. **Ein Fall von Sporotrichose,** von G. Högel-Strafsburg. Kasuistik: 25 jähriger Korbmacher, der neben einer alten, sehr ausgebreiteten Akne seit ca. sechs Monaten eigentümliche Ulcerationen und Knotenbildungen an den verschiedensten Stellen des Körpers beobachtet. Aus dem Eiter der aufgestochenen Knoten liefs sich ein Pilz züchten, der nach seinem Aussehen und in kultureller Hinsicht identisch zu sein scheint mit dem Sporotrichon Beurmanni. Guter Erfolg der Jodkaliumtherapie.

7. **Zur Lokalisation und Histologie der systematisierten Naevi,** von R. Polland-Graz. Bei einem drei Jahre alten Mädchen finden sich zwei ziemlich parallel an der Beugeseite des ganzen rechten Beines verlaufende Streifen, die aus bräunlichroten, scharf von der Umgebung sich abhebenden, rundlichen Knötchen zusammengesetzt sind. Die Ausbreitung entspricht genau den Blaschkoschen Grenzlinien. Histologisch finden sich Einlagerungen von Naevuszellen, bezüglich deren Abstammung ein Zusammenhang mit den Wandzellen der Blut- und Lymphgefäfse sich mit einiger Wahrscheinlichkeit vermuten läfst.

8. **Zur Frage des sogenannten benignen Miliärlupoid (Boeck-Darier),** von A. Pöhlmann-Frankfurt a. M. Bei einer 25 jährigen Frau findet sich eine Dermatose, welche unter Bildung verschieden grofser und verschieden gestalteter derber Knoten und Infiltrate in der Haut des Gesichtes, des Rückens und der Streckseiten der beiden oberen Extremitäten mit symmetrischer Lokalisation in exquisit chronischer Weise sich entwickelt hat. Nach den histologischen Untersuchungen und den Ergebnissen der bisher publizierten Beobachtungen fafst Verfasser seine Ansicht folgendermafsen zusammen: „Das bisher sogenannte multiple benigne Sarkoid Boeck-Darier, bzw. Miliärlupoid Boeck-Darier, ist keine selbständige, sondern eine mit Lupus pernio und Erythema induratum Bazin identische Erkrankung. Die bisherige Zurechnung der Affektion zur Hauttuberkulose ist beizubehalten. Die für die Erkrankung als charakteristisch betrachtete Benignität ihrer Granulomherde ist dahin einzuschränken, dafs es gelegentlich nicht nur zur Dislozierung, sondern zu völliger Zerstörung gesunden benachbarten Gewebes kommen kann.“ *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatologisches Centralblatt.

1910. Bd. XIII, Heft 8.

Über einen Fall von tertiär-syphilitischer Autoinokulation durch Kontakt, von Hans Assmy-Berlin. Kasuistik: Ein 49 jähriger Herr bekam an der Umschlagsstelle des Präputiums eine leicht entzündliche Rötung mit fester Infiltration, die sich ein Stück weit über die Eichel ausdehnte, dann Halt machte und über das Präputium nach dem Penisschaft zu vorschob. Es stellte sich heraus, dafs es sich um ein tuberoserpiginöses Tertiärsyphilid handelte, dessen Fortschreiten auf dem Präputium nach A. durch Kontaktinfektion zu erklären ist. *W. Lehmann-Stettin.*

The British Journal of Dermatology.

Mai 1910.

Beobachtungen über eine neue Art von bei Tinea cruris gefundenem Epidermophyton, von Aldo Castellani-Colombo. C. erklärt nach diesen und seinen früheren Untersuchungen, dafs Tinea cruris oder Dhobie itch durch verschiedene Arten von Epidermophyten (Pilzen) verursacht wird. Bei einem der Patienten war die Affektion auf die Leistengegend, Hoden und Oberschenkel lokalisiert, bei einem anderen aufser diesen auch auf die Achselhöhlen und Teile von Brust und Bauch übergegangen; C. hält die allgemeine Annahme, als sei Tinea cruris immer auf Leistengegend oder die Achselhöhlen beschränkt, für vollkommen irrtümlich, das Leiden beginnt vielmehr meist an diesen Körperstellen und breitet sich dann auf beliebige weitere, ausgenommen den behaarten Kopf, aus. In den mit Kalilauge hergestellten, aus den erkrankten Teilen entnommenen Präparaten werden Mycelröhren und freie Sporen beobachtet, die identisch mit den bei Epidermophyton cruris und Epidermophyton Perneti gefundenen und jedem Trichophyton des Megalosporentypus ähnlich sind. Die Sporen sind breit, 4—6 μ im Durchmesser, mit einer doppelten Kontur, die Mycelien, 2—3½ μ breit, gerade, gebogen oder verschieden geformt. Reinkulturen treten, wenn voll entwickelt (entweder auf Sabourauds Agar oder Glukose-Agar oder Mannit), mit tiefroter Farbe auf, weshalb C. für diesen Pilz die Bezeichnung Epidermophyton rubrum vorschlägt. Mit zwei Abbildungen.

Der Wert der Wassermannschen Reaktion, von J. E. R. McDonagh. Aus dem reichen Material von 5000 Fällen, wo nicht ein einziges Mal ein positives Resultat bei anderen als syphilitischen Fällen erzielt wurde, zieht Verfasser folgende Schlüsse: Eine positive Reaktion sollte immer als Zeichen für aktive, Behandlung erfordernde Krankheit angesehen werden. Negative Reaktion im Primärstadium oder Anfang der Krankheit ist ohne Bedeutung. Hat der Patient keine Behandlung durchgemacht, so schliefst negative Reaktion sekundäre Lues aus. In zweifelhaften Fällen ist überhaupt negative Reaktion in Verbindung mit der Anamnese von grofsem Wert, vorausgesetzt, dafs keine oder nur geringfügige Behandlung stattgefunden hat. Negative Reaktion ist unschätzbar in den Spätstadien der Krankheit, nachdem der Patient entsprechende Behandlung durchgemacht hat. Quecksilber ist das einzige Heilmittel, welches Einflufs hat, indem es eine positive in eine negative Reaktion verwandelt, Jodkalium hat nicht diesen Einflufs und kann daher nicht als Spezifikum für Syphilis, wofür man es für gewöhnlich hält, angesehen werden.

Die Funktionen der Haut, von S. Pembrey. (Fortsetzung folgt.)

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1910. Heft 4.

Über die sogenannte Botryomykosis humana, von Ch. Lenormant. In dieser umfangreichen Arbeit, die fünf neue Fälle von Botryomykosis humana bringt, unterzieht L. den Standpunkt von Poncet und Dor, wonach diese Dermatose völlig identisch mit der Botryomykosis des Pferdes sei, einer strengen Kritik.

Die klinische Darstellung von Poncet und Dor, die diese Neubildung im Jahre 1897 zuerst beschrieben haben, deckt sich vollkommen mit seinen Fällen und mit den Beobachtungen der übrigen Autoren, die über diesen Gegenstand gearbeitet haben. Aber gegen ihre Auffassung der Struktur der Tumoren und gegen ihre Ätiologie wendet er sich mit starken Einwendungen. Das Botryomykom, so führt er aus — und stützt sich dabei auf die Schilderungen der meisten französischen und deutschen

Forscher — entwickelt sich bei dem Menschen nicht, wie die ersten Darsteller, durch eine falsche Deutung der mikroskopischen Bilder verleitet, meinen, aus einer Schweifsdrüse. Dagegen spricht schon sein Vorkommen auch auf der menschlichen Schleimhaut, die ja frei von Schweifsdrüsen ist. Es ist vielmehr nichts anderes als ein Granulom, ein entzündliches Gewebe von banalem Bau, nur besonders reich an Gefäfsen und an fibrösem Gewebe. Vermutlich kommt dieses Granulom durch irgend eine Infektion zustande; es ist aber bis jetzt durch nichts erwiesen, dafs der Botryomyzes sein Urheber sei. Denn dieser Parasit ist kaum jemals in dem erkrankten Gewebe gefunden worden; Übertragungen der Geschwulst von Mensch auf Tier sind bislang nicht geglückt; der Verlauf der Erkrankung endlich ist beim Menschen durchaus harmlos; meistens bildet sich nur ein Tumor, der nach gründlicher Entfernung mit dem Messer nicht wiederkehrt. Die Botryomykose des Pferdes dagegen ist eine das Leben gefährdende Krankheit. Aus allen diesen Gründen sollte man die von Poncet und Dor eingeführte Bezeichnung „Botryomykosis humana“ verlassen und den von Frederic für die in Frage stehende Dermatose vorgeschlagenen Namen Granuloma pediculatum wählen.

Über den Bau des Haarfollikels, von A. Branca. Verfasser hat die Haare des menschlichen Bartes und die Schnurrhaare der Katze eingehend untersucht und teilt in knappen Worten seine Befunde mit. Er behandelt die eigentliche Haarwurzel, die innere Epithelialscheide, die äufsere Epithel- und fibröse Scheide. Die Einzelheiten, die unsere Kenntnisse in manchen Punkten bereichern, möge man im Original nachlesen.

Über das Vorkommen des Demodex Folliculorum Hominis in der gesunden Haut, von du Bois. Der Demodex findet sich regelmäfsig in den epithelialen Tumoren der Haut; das erklärt sich nach du Bois daraus, dafs er ein beständiger Gast der menschlichen Haut ist. Verfasser hat die Haut von 200 Personen vom zartesten bis zum äufsersten Greisenalter (85 Jahre) daraufhin untersucht und ihn jedesmal, wenn er die talgdrüsenreichen Hautgegenden, so namentlich die Haut der Nase, ausdrückte, im Sebum, das nach dem Vorgange von Guiart in Öl aufgelöst wurde, nachweisen können; nur Kinder unter fünf Jahren waren frei vom Parasiten, und bei fünf- bis zehnjährigen Kindern fehlte er in der Hälfte der untersuchten Fälle. — Verfasser hält es für möglich, dafs der Demodex durch Liebkosungen und Küsse von den Eltern auf die Kinder übertragen wird. Nach seinen Beobachtungen vermehrt er sich durch Eier; aus ihnen entwickelt sich die Larve, die dann zum Demodex auswächst. Er steht in keiner direkten Beziehung zu den Hauttumoren, spielt aber vielleicht beim Zustandekommen der seborrhoeischen Hautkrankheiten, besonders der Akne, eine Rolle.

Lymphodermitis vegetans und Saccharomyces. Pellier, Vuillemin und Legrain haben als Erreger einer Dermatose einen Hefepilz beschrieben, dessen Membran mit feinsten Körnchen besetzt war, und den sie deshalb Saccharomyces granulatus nannten. P. fand bei einer Lymphodermitis vegetans von ähnlichem klinischen Verlauf den gleichen Saccharomyces granulatus und veröffentlicht ihn als erste einschlägige Beobachtung aus Frankreich; der Fall von V. und L. stammte aus Algier. Bei einem schwer syphilitischen Mann entwickelt sich im Umfang des rechten Fufsgelenks eine schmerzhafte, ödematöse Entzündung, von der gerötete Lymphstränge bis zum Oberschenkel hinaufziehen. Am untern innern Ende der Tibia bildet sich eine wallnufsgrofse Geschwulst mit Pseudo-Fluktuation und mit Granulationen, die aus ihrer Spitze hervorschiefsen. Diese Geschwulst, die ein blutiges Serum enthält, nimmt allmählich einen vegetierenden Charakter an und wird mit dem Messer entfernt. Im weitern Verlauf bildet sich noch ein zweiter derartiger Tumor, und erst

nach einem gröfsern chirurgischen Eingriff, wobei festgestellt wurde, dafs die Entzündung bis an die Aponeurose reichte, erfolgt Heilung. — In den entfernten Geweben fand P. den Saccharomyces granulatus. — Er verwahrt sich zum Schlufs gegen die Verwechslung mit einem vegetierenden Jodgeschwür; das Aussetzen des Jodkaliums hatte auf den Verlauf dieser Dermatose keinerlei Einflufs.

Türkheim-Hamburg.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Bd. III, Nr. 6.

Sitzung vom 17. März 1910.

Zwei Fälle von chronischer, fleckiger, oberflächlicher Dermatitis mit symmetrischer Lokalisation, von H. G. Adamson. Diese Affektion hat Redner meist bei Kindern beobachtet, und die jetzt vorgestellten Kranken stehen im Alter von vier resp. zwölf Jahren. Beim ersten Anblick glaubt man es mit Lichen scrophulosorum zu tun zu haben; es handelt sich aber tatsächlich, wie histologisch nachgewiesen wurde, um minutiöse in der Hornschicht der Epidermis entstehende Bläschen, welche ohne Eiterung zu kleinen Krusten eintrocknen. Die Affektion juckt nicht und scheint auch sonst keine subjektiven Beschwerden zu verursachen, ist aber gegen jegliche Therapie ungemein refraktär. Sie bietet mancherlei Ähnlichkeit mit dem Ekzema scrophulosorum, wie Boeck es beschrieben hat, dar, es ist aber bisher nicht gelungen, eine tuberkulöse Grundlage bei diesen Fällen nachzuweisen.

Ein Fall von Lichen planus annularis, von H. G. Adamson.

Naevus linearis von ungewöhnlicher Art (Naevus acneiformis), von H. Davis. Die Affektion bei dem vierjährigen Mädchen war am Halse lokalisiert und wird als ein linearer Naevus mit Beteiligung der Talgdrüsen und eigentümlicher Komedonenbildung geschildert.

Fall von Pseudo-Xanthoma elasticum, von E. G. G. Little und J. H. Sequeira.

Zwei Fälle zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Der eine bietet Anhalt für die Diagnose Lipomatosis dolorosa, der andere für Lichen planus hypertrophicus.

Fall von Phlebitis nodularis syphilitica, von J. E. R. Mc Donagh. Bei einer 38jährigen Frau, welche etwa drei Monate wegen Sekundärsymptome behandelt wurde, entwickelte sich eine sehr schmerzhafte Schwellung an der Vena saphena interna und führte zu Ulceration. An anderen Stellen traten auch ähnliche, kleinere Läsionen hervor.

Präparate von Spirochaeta pallida, welche mit chinesischer Tusche hergestellt sind, und Demonstration des Verfahrens, von J. E. R. Mc Donagh.

Fall von Epidermolysis bullosa, von G. N. Meachen. Ausgesprochener, typischer Fall.

Fall von Argyrie, von F. P. Weber und R. H. Norman. Es bestand bei der 46jährigen Patientin eine mäfsige aber unverkennbare bläulich-aschfarbene Verfärbung der Haut. Dieselbe war am deutlichsten an der Stirn, zu beiden Seiten der Nase und in der Umgebung des Mundes sowie am Rumpfe zu erkennen. Als Ursache wird der etwa zwei Jahre lang von Zeit zu Zeit nach eigenem Ermessen fortgesetzte Gebrauch von Pillen, welche 0,015 Argentum nitricum enthielten, angegeben.

Ungewöhnlicher Fall von Pigmentierung am Gesicht und Halse bei einer 40jährigen Frau, von A. Whitfield. Vielleicht handelt es sich bei diesem Falle um eine durch Morbus Basedowii im Anfangsstadium bedingte Anomalie.

Fall von Kératodermie blennorrhagique, von J. H. Sequeira. In England hat man, wie es scheint, diese von Vidal und anderen französischen Autoren zuerst

besprochene Affektion noch nicht beobachtet. Der hier geschilderte Fall bei einem 31 jährigen Kommis führte nach relativ geringfügigem Harnröhrenkatarrh und länger dauernder Gonitis zu ausgedehnten charakteristischen Läsionen beider Fuſssohlen, und es ist ein Weiterschreiten über beide Ränder der Füſse nach dem Fuſsrücken hin zu konstatieren. Die histologischen Verhältnisse konnten an einem exzidierten Knötchen untersucht werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

28. Jahrg. Januar 1910. Nr. 1.

Die Sporotrichosis als Hautkrankheit und in der Pathologie, von R. Campana. In dieser Arbeit gibt Campana seine Stellung zur Sporotrichose de Beurmanns kund, die er nicht als nosologische Einheit anerkannt wissen will. Für ihn ist dieselbe in vielen Fällen nichts anderes als eine klinische Form von kleinen Gummaten und tuberkulösen Abscefschen, in anderen Fällen, und zwar in der Mehrzahl, von einfach septischen Formen, welche alle aus Gründen, die in der speziellen Ernährung oder Entwicklung des Individuums oder sonstwo liegen, von ihrem normalen Aspekt abweichen. In der Morphologie chronischer abscessoider oder ulceröser Hautprozesse können eben viele Verhältnisse auftreten, welche ihr schulgemäſses Aussehen modifizieren. Er hebt ferner hervor, wie wenig präzis die Beschreibung de Beurmanns ist, des Entdeckers der Krankheit, bei der alle möglichen morphologischen Formen vorkommen können. Erklärt doch de Beurmann selber, daſs es kein morphologisches Element gibt, um die Sporotrichose in manchen Fällen von Tuberkulose und Gummaten zu unterscheiden. Ebensowenig als die klinische Form der Sporotrichose, erkennt Campana den Erreger derselben an. Für ihn ist das Sporotrichon ein Saprophyt, der konstant auf der Haut von Schwächlichen, Anämischen, Hereditärluetischen und zur Tuberkulose Prädestinierten zu finden ist, wie zum Beispiel das Mikrosporon furfur und einfachere Saprophyten in beinahe identischen Fällen. Dieser Saprophyt ist nicht die Ursache der entzündlichen Reaktion und des käsigen Zerfalls, sondern man muſs in jedem einzelnen Falle nach den bekannten Infektionsursachen suchen (wie Tuberkulose, Lues, besonders hereditaria, chronische lokale Sepsis), welche durch andere Ursachen, Traumen, Reize und dystrophische Effekte nervöser Herkunft beeinfluſst sein können. Auch scheinen ihm die Kulturen dieses Saphrophyten keine Reinkulturen zu sein, wenigstens ist in den aus gleichmäſsigen, weiſsen Plaques bestehenden Kulturen ein einfacher Hyphomycet mit ganz gewöhnlichem Wachstum, vermischt mit staphylokokkenähnlichen Kokken, nachzuweisen.

Experimentelle Inokulation von leprösem Material auf den Testikel eines Schafes, von G. Garibaldi. In dem drei Monate nach der Inokulation exstirpierten Hoden waren keine Leprabazillen mehr zu finden, sondern nur noch Reste davon in Form von granulösen und globulösen Massen, welche sich noch genau wie die Bazillen färben und aus Lipoiden bestehen.

Die chemischen Strahlen des Spektrums in ihrer Wirkung auf einige Produkte der Pflanzenkeimung und deren Anwendung bei Hautkrankheiten, von A. Galimberti. Der Verfasser hatte sich folgende Ziele gesteckt: Erstens wollte er Samen in destilliertem Wasser aufkeimen lassen und dieses nach einigen Tagen therapeutisch verwerten. Ferner suchte er den Einfluſs der chemischen Strahlen auf verschiedene Pflanzen in verschiedenen Entwicklungsgraden im Vergleich zu anderen denselben nicht ausgesetzten zu eruieren und die dabei gewonnenen Produkte bei Kranken zu verwenden. Es kam ihm darauf an, zu finden, ob die so gewonnenen Zymasen und Diastasen mehr ionisierende Kräfte oder sonstige für Hautkrankheiten verwendbare Eigenschaften hätten.

Der Verfasser konnte bestätigen, wie wichtig die chemischen Strahlen für die Pflanzen sind, welche zugrunde gehen, wenn dieselben abgehalten werden. Auf ein impetiginöses Ekzem des Gesichts wurden Kompressen gelegt, die mit Wasser benetzt waren, in dem Weizen zum keimen gebracht worden war und zwar teils in blauem, teils in rotem Lichte. Die Stellen, welche mit ersterem behandelt waren, heilten in kurzer Zeit, während die mit letzterem behandelten Stellen noch entzündliche Symptome aufwiesen.

Mit Hydrotherapie behandelte Syphilitiker, von P. Sabella. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, dafs alle Syphilitiker, die aufser der Hg-Kur noch mit hydrotherapeutischen Mafsnahmen in Form von morgendlicher kalter Douche behandelt wurden, viel schneller heilten und in bessere Ernährungsverhältnisse kamen, als die ohne Hydrotherapie behandelten Fälle. Letztere ist also bei Lues nicht kontraindiziert.

Günstige Ergebnisse der Behandlung der chronischen Urethritis vermittelst einer neuen Kanüle zu doppeltem Gebrauch, von G. Garibaldi. Es handelt sich um eine Kanüle, welche es gestattet, direkt hintereinander zuerst eine Argentum nitricum-Lösung, dann eine salbenartige Mischung von Oleum Vaselini und Jodoform in die Urethra posterior zu injicieren. Bei unkomplizierten chronischen Urethritiden waren die Resultate günstig.

Unsere Resultate bei der Aufsuchung der Spirochaeta pallida während vier Jahren, von R. Terzaghi. Es wurden im ganzen 76 Fälle untersucht und zwar 55 rezente, 16 tardive und 4 hereditäre Fälle. Unter diesen gelang es dem Verfasser nur 22 mal die Spirochaeta pallida nachzuweisen.

Der Einflufs der Röntgenstrahlen auf den Pruritus und die Prurigo levis der Kinder, von Terzaghi. Drei Fälle wurden derart behandelt, dafs jede Körperregion eine halbe „Dosis erythematosa“ erhielt. War diese nicht genügend, so wurde die Applikation nach 12—14 Tagen wiederholt. Anfangs wurde der Pruritus vermehrt, hörte aber bald ganz auf, ohne dafs bisher Rezidive auftraten.

Lepra, Tuberkulose usw. (prophylaktische Vorschläge für die öffentliche Gesundheitspflege), von R. Campana. Die Vorschläge gipfeln in Preisen und Zuschüssen an vorbildliche Sanatorien, Gasthöfe, Stationen usw. für Tuberkulöse, Isolierstationen für Lepröse usw. und wurden in der letzten Sitzung der Italienischen dermatologischen Gesellschaft ausgesprochen. *Gunsett-Strafsburg.*

Revista dermatologica.

Offizielles Organ der argentinischen dermatologischen Gesellschaft.

II. Jahrg. Nr. 2.

Einige Betrachtungen über Hautpathologie und gewisse alltägliche Erkrankungen der Gesichtshaut, von Pedro L. Baliña. In dem in dieser Nummer publizierten ersten Teil seiner Arbeit bespricht der Verfasser den Zusammenhang von Visceralerkrankungen und Hautkrankheiten im allgemeinen. Der Artikel enthält nur Altbekanntes.

Beitrag zum Studium der Trichophytien und des Favus in Buenos Aires, von J. Vicente Uriburu. Der Verfasser ist ein Schüler Sabourauds und hat nach dessen Methoden die in Buenos Aires vorkommenden Dermatophytien untersucht, ohne Abweichungen von dessen Resultaten zu finden.

Amerikanische Sporotrichosen und Blastomykosen, von Nicolás V. Greco. Über Sporotrichose bringt der Verfasser keine neuen Gesichtspunkte. An die Blastomykosen gliedert er einen noch nicht beschriebenen, durch Penicillum crustaceum

oder glaucum hervorgerufenen Krankheitsprozeſs an, der durch Absceſs- und Tumorbildungen ausgezeichnet war. Er unterscheidet unter den Blastomykosen:

1. Die Saccharomykosen, hervorgerufen durch Sproſspilze mit Bildung von Endosporen und Hefezellen.

2. Die Kryptokokkomykosen, deren Erreger sich von den vorhergehenden nur durch das Fehlen der Endosporen unterscheiden.

3. Die Endomykosen (Oïdiomykosen). Die Pilze sind durch Mycelbildung und durch verminderte Fermentbildung ausgezeichnet.

4. Die Oïdiomycetosen, deren Erreger eine radiäre Anordnung ihrer Fäden zeigen.

5. Die Penicilliosen. Die Filamente sind am Ende verzweigt. Die Verzweigungen tragen an der Spitze Ketten von Gonidien.

Klinisch ist es bis jetzt noch nicht möglich, die einzelnen Formen von einander zu trennen. *Gunsett-Straſsburg.*

Folia urologica.

Bd. IV. Nr. 10. April 1910.

1. **Zur Bedeutung der Harnröhrenpolypen,** von A. Schlenzka-Berlin. 31jähriger Patient mit ziehenden und stechenden Schmerzen in der Harnröhre und im Darm, die von einem alten Tripper zurückgeblieben sein sollen. Nach verschiedener erfolgloser Behandlung läſst sich schlieſslich mittels des Goldschmidtschen Urethroskopes feststellen, daſs an der linken Seitenwand der Pars prostatica ein groſser Polyp breit aufsitzt, ein gleicher kleinerer direkt am Orificium vesicale und eine beetartig angeordnete Gruppe kleinster Schleimhautpolypen an der unteren Wand der vorderen Harnröhre. Nach Entfernung aller dieser Gebilde durch galvanokaustische Behandlung mit dem Goldschmidtschen Operationsinstrument, die ohne jede Anästhesierung der Harnröhre möglich war, verschwanden bald alle Beschwerden.

2. **Beitrag zur Kenntnis der einfachen Blasengeschwüre,** von V. Gaudiani-Rom. An der Hand eines mitgeteilten Falles wird darauf hingewiesen, daſs es eine Art von Blasengeschwüren mit chronischem Verlaufe gibt, die gutartig sind, mit Tuberkulose nichts zu tun haben, deren Pathogenese aber zurzeit noch unbekannt ist. Die Diagnose läſst sich nur nach langer und wiederholter Beobachtung stellen.

3. **Die in den Jahren 1898—1909 zur Beobachtung gelangten Fälle von Steinbildung in den Harnwegen,** von G. Nicolich-Triest. Statistische Ausführungen und klinische Beobachtungen, gesammelt am Material des städtischen Hospitals in Triest. Hervorhebung des Wertes und der jeweiligen Bewertung der Röntgenuntersuchung; Mitteilung einiger recht interessanter Fälle, so einer Anurie von 15 Tagen Dauer mit Ausgang in Heilung; Steine in Harnröhrendivertikeln, Prostatasteine usw. Besprechung verschiedener Operationsmethoden an der Hand der erhaltenen Resultate.

4. **Die chronische Kontraktur des Collum vesicae urinariae (prostatisme sans prostate)**, von B. N. Cholzoff-St. Petersburg. Vier in extenso mitgeteilte Fälle. Wo kein mechanisches Hindernis als Ursache der Harnretention nachweisbar ist, handelt es sich in der übergroſsen Mehrzahl der Fälle um eine Stenose des Blasenhalses, die entweder die Folge eines lokalen entzündlichen Prozesses ist oder eine chronische Kontraktur des Sphinkter intern. darstellt. Diese ist nach des Verfassers Ansicht die Folge eines langwierigen und öfters wiederkehrenden Spasmus des Sphinkters, wie er besonders bei Neurasthenikern eine recht häufige Erscheinung ist. Auch die Patienten der mitgeteilten Fälle waren Neurastheniker, wobei nachweislich die Neurasthenie nicht nur Begleiterscheinung, sondern der Blasenerkrankung auch vorangegangen war. *W. Lehmann-Stettin.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 10. Nr. 11.

Moskauer Prostitutionsverhältnisse, von KARL NOETZEL-Moskau. Der Verfasser gibt eine Beschreibung von der Moskauer freien Prostitution, um auf die von ihr der Jugend drohenden Gefahren aufmerksam zu machen und die ungerechterweise übertriebene Vorstellung von der Gröfse elterlicher Unachtsamkeit für die heranwachsende Jugend zu korrigieren.

Die Prostitutionsfrage in New York, von FREDERIC BIERHOFF. (Fortsetzung). Den ersten Schritt zur Prostitution vermitteln für junge Mädchen oft Tanzlokale, Tanzschulen, Rollschuhbahnen, Ausflüge, Bälle, Tingeltangel und Theater niedrigen Genres und in New York besonders die „Raines Law“-Hotels. Vermehrt wird die Gefahr für das junge Mädchen durch das übertrieben grofse Unabhängigkeitsgefühl, das es drängt, den Einflufs der Eltern viel zu früh abzuschütteln.

Ein Beitrag zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten durch Unbefugte, von JOHANN FABRY-Dortmund. F. berichtet von dem Treiben der Kurpfuscher in Dortmund und dem angrenzenden Industriegebiet und zeigt an Krankheitsfällen, dafs durch Nichteinleitung sachgemäfser Behandlung schwere körperliche Schädigungen veranlafst wurden. Dem heutigen Strafgesetz stehen keine Handhaben zur Verfügung, eine der Schwere und Tragweite des Kurpfuschervergehens entsprechende Strafe zu verhängen; oft geht der angeklagte Pfuscher vollkommen straffrei aus.

Schourp-Danzig.

Zeitschrift für Urologie.

Band IV, Heft 6. Juni 1910.

1. **Endovesikale Operationsmethoden und Operationscystoskope,** von O. KNEISE-Halle. „Trotzdem Ärzte, auch Chirurgen, an sich selbst bereits die endovesikalen Methoden der Sectio alta vorziehen, trotzalledem machen selbst unsere gröfsten Kliniker nach wie vor tapfer die Sectio alta auch wegen der kleinsten Papillömchen! — Dafs das rückständig ist, und welche Gründe dafür mafsgebend sind, brauche ich hier nicht weiter zu erörtern.“ Der Vorstofs des Verfassers zu Gunsten der endovesikalen Operationsmethoden wird unterstützt durch eingehende technische Angaben über die Beschaffenheit der zu verwendenden Instrumente, die als Vorbedingung guter Resultate angesehen werden müssen.

2. **Die BRANSFORD-LEWISschen Cystoskope.** A. Das Universalcystoskop. B. Das Operationscystoskop. Demonstrationsvortrag gehalten in der XIV. Sektion (Urologie) des XVI. Internationalen Ärztekongresses in Budapest, von BRANSFORD-LEWIS-St. Louis. Technisch-Instrumentelles; nur an der Hand der Abbildungen verständlich.

3. **Fäden im Urin nicht tripperkranker Männer,** von KARL FRIEDRICH HOFFMANN-Düsseldorf. Bei 9 von 200 untersuchten klinischen Patienten, die laut Anamnese nie an Blennorrhoe gelitten, fanden sich Fäden im Urin; Fäden, die entweder rein (oder überwiegend) aus Mikroorganismen, Schleim, Eiter, Epithelien, oder als Mischformen aus Mikroben und Zellen in wechselnden Mengen bestanden.

Eingehende Ausführungen über die mögliche Pathogenese dieser Erscheinung. Unter den neun Patienten befinden sich drei Phthisiker, zwei mit Lupus vulgaris faciei ohne tuberkulöse Veränderungen der Lungen oder anderer Organe, zwei chronische Gelenkrheumatismen, sowie je einer mit chronischer nichttuberkulöser Bronchitis, sekundärer Lues und Psoriasis. „Keinem dieser krankhaften Prozesse kann, an und für sich genommen, ein spezieller Einflufs auf das Zustandekommen der

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. №. 3. 1. August 1910.

Aus Dr. DREUWS Poliklinik für Haut- und Harnleiden, Berlin.

Klinische Beobachtungen bei 101 haarerkrankten Schulknaben.

Von

Dr. DREUW-Berlin.

Mit vier Tafeln.

In Band 51, Nr. 1, S. 18 *dieser Zeitschrift* veröffentlichte ich eine kurze vorläufige Mitteilung über epidemische Alopecie. Es handelte sich um 40 Knaben des israelitischen Kinderhortes und 45 Knaben der 9. Gemeindeschule, die ich zu untersuchen Gelegenheit hatte. Von diesen 85 Knaben waren etwa 60 an einem circumskripten Haarausfall erkrankt, den ich mit Rücksicht auf das kleinfleckige Anfangsstadium als Alopecia parvimaculata bezeichnet habe. Ferner wurden mir noch 16 Fälle dieser Erkrankung aus anderen Gemeindeschulen, Gymnasien und Realschulen, wo sie sporadisch auftrat, zugeführt. Ich möchte, nachdem ich nunmehr 76 Fälle beobachten konnte, meine Mitteilung, die nur als vorläufige gelten sollte, ergänzen und namentlich auf das klinische Bild und auf die Differentialdiagnose etwas näher eingehen.

Auf die bakteriologischen Befunde, die ich zum Teil Herrn Dr. PLAUT, Hamburg, verdanke, werde ich später noch zurückkommen. Leider war es mir bisher nicht möglich, ein Stückchen der erkrankten Haut zu exstirpieren, da die Eltern der Kinder die Erlaubnis hierzu nicht gaben.

Wie schon in meiner ersten Veröffentlichung hervorgehoben, handelt es sich um eine zweifellos übertragbare Affektion des behaarten Kopfes, die mit kleinen oder gröſseren, runden, ovalen, keil- oder spindelförmigen kahlen Stellen (Tafel I, Fig. 1, 2, 3, 4) beginnt und dann im mehr vorgeschrittenen Stadium bis zu 3 cm groſse polymorphe, kahle, atrophische, hier und da mit ganz vereinzelten spärlichen Haaren besetzte Stellen aufweist (Tafel II, Fig. 5 und 6).

Der Prozeſs verläuft so, daſs ohne die geringste Schmerzempfindung (höchstens tritt bisweilen ein leichtes Jucken auf) im Verlauf von Wochen

und Monaten kleine haarlose Flecken auf der behaarten Kopfhaut entstehen, von denen vorher nichts zu bemerken war. Irgend eine Entzündung, eine Follikulitis (Folliculite décalvante, épilante et déstructive) existiert nicht. Im Anfangsstadium ist keine Spur von Atrophie vorhanden, während im Endstadium eine deutliche Atrophie an der erkrankten Stelle zu beobachten ist. Diese Atrophie wird dadurch deutlich, daſs die Haut verdünnt erscheint und eine dellenartige, leichte Vertiefung der befallenen Stellen sich zeigt.

Die häufig multipel auftretenden Flecken (Tafel I, Fig. 1, 2, 3, 4, und Tafel IV, Fig. 13, 17 u. 14) sehen auf den ersten Blick einer Alopecia syphilitica ähnlich, nur sind die haarlosen Stellen in geringerer Anzahl vorhanden und andererseits tritt kaum Konfluenz der einzelnen Plaques ein. Die kahlen Stellen sehen wie angenagt aus, oder, wie verschiedene Eltern oder Patienten und verschiedene Ärzte sich ausdrückten, „als ob die Mäuse im Haar gesessen hätten“. Die succulente Scheide ist in der unmittelbaren Umgebung immer anzutreffen, häufig jedoch auch an den anscheinend gesunden Partien des Kopfes, ein Zeichen, daſs auch diese bereits von der Affektion befallen sind. Diese succulente Scheide findet sich bei der Alopecia areata, selbst bei der im Entstehen begriffenen Alopecia areata nicht. Zufällig hatte ich vor kurzem Gelegenheit, einen frischen Fall von Alopecia areata zu untersuchen. Der Patient hatte eine Dame kennen gelernt, die sich mit dem Sortieren von Haaren zu Frisuren beschäftigte. Zwei Tage nach einem einmaligen intimen Verkehr zeigte sich bei dem Herrn plötzlich im Nacken ein Haarausfall von Handtellergröſse. Abends war das Haar noch normal und morgens 9½ Uhr kam der Patient mit einer beinahe völlig haarlosen Stelle am Hinterkopf in meine Poliklinik. Die Haut zeigte keine Spur von Entzündung und Röte. Im Innern des handtellergroſsen Herdes waren noch vereinzelte Inseln von auf dem Aussterbeetat stehenden Haaren, die dem geringsten Zuge der Pinzette folgten. Bei diesen Haaren befand sich an der abgebrochenen Spitze, aber auch nur an der Spitze, eine nur mikroskopisch nachweisbare erweichte Scheide. Infolgedessen klebten die einzelnen ausgezogenen Haare aneinander. Aber von einer makroskopisch sichtbaren succulenten Scheide konnte auch in diesem frischen Falle keine Rede sein. Einige Tage später war vollständige Haarlosigkeit der ergriffenen Stelle zu konstatieren.

Zweifellos scheint es sich bei der Alopecia parvimaculata im nichtatrophischen Anfangsstadium (Tafel I, Fig. 1, 2, 3, 4) um einen reparablen Krankheitsprozeſs zu handeln, da bereits in vielen Fällen durch die unten näher beschriebene Behandlung schon nach sieben Wochen zum Teil weiſse, zum Teil dunklere Haare wieder zum Vorschein kamen, während in den makroskopisch bereits deutlich atrophischen Partien bisher keine

neue Haarentwicklung konstatiert werden konnte[1] (Tafel IV, Fig. 17, rechter Kopf und Fig. 20). Jedoch sind die Untersuchungen hierüber noch nicht abgeschlossen. Im übrigen verweise ich bezüglich der klinischen Erscheinungen auf meine Beschreibung in Nr. 1 dieses Bandes.

Daſs es sich um eine übertragbare Krankheit handelt, geht aus folgendem hervor:

1. Einige Eltern der Knaben berichteten mir, daſs sie trotz aufmerksamer Beobachtung noch vor einigen Wochen keine Flecken bemerkt hätten.
2. Die Lehrerin des Kinderheims versicherte ebenfalls bestimmt, daſs bei einigen der erkrankten Knaben noch vor einigen Wochen keine Flecken vorhanden gewesen wären.
3. Dieselbe Beobachtung machte der behandelnde Arzt am Kinderhort Dr. Friedländer.
4. Der Umstand, daſs so viele Knaben zu einer bestimmten Zeit auf einmal erkrankt waren, spricht zweifellos für die Übertragbarkeit der Erkrankung.
5. Nur in der 9. Gemeindeschule befand sich ein gehäuftes Auftreten des Haarausfalles, in derselben Schule, in welcher hauptsächlich die Kinder des israelitischen Kinderhortes waren. Von den 45 haarerkrankten Kindern dieser Schule waren etwa 30 an Alopecia parvimaculata erkrankt, während der Schularzt Dr. Rau trotz gründlicher Untersuchung in den anderen ihm unterstellten Schulen nur ganz vereinzelte Fälle von Haarerkrankungen mir überweisen konnte. Gerade die 9. Gemeindeschule wurde aber von relativ vielen Kindern des israelitischen Kinderhortes besucht.

Zu der Übertragung gehört zweifellos eine gewisse Disposition, denn ich habe bei verschiedenen Patienten, obschon diese mit einem erkrankten Bruder zusammen schliefen, keine Übertragung beobachten können, während bei anderen Brüdern eine Übertragung stattgefunden hat. Daſs diese Disposition ein unbedingtes Erfordernis auch bei anderen ansteckenden Haarerkrankungen ist, beweist folgende Beobachtung: Unter den 45 Knaben der 9. Gemeindeschule befand sich ein Fall (Tafel IV, Fig. 18 u. 19) von typischer Schülertrichophytie. Sowohl in den abgeschabten Epidermisschuppen als auch in den epilierten Haaren befanden sich zahlreiche, vielfach in Kettenform angeordnete Sporen, sowohl innerhalb als auſserhalb des Haares. Der erkrankte Knabe schlief mit seinem Bruder schon seit Jahr und Tag zusammen. Neben der erwähnten Schülertrichophytie hatte der Knabe noch zwei Stellen einer Alopecia parvimaculata (Tafel IV; Fig. 19).

[1] Nach einer mündlichen Mitteilung des Herrn Dr. Friedländer, der etwa 120 Knaben, die an Alopecia parvimaculata erkrankt sind, in Behandlung hat, ist bei etwa 50 bis 60% durch die von mir angegebene, später noch zu erwähnende Behandlung in sechs bis sieben Wochen Heilung eingetreten.

Obschon ich den Bruder schon seit fünf Wochen beobachte, habe ich keine Spur einer Übertragung weder der einen noch der anderen Erkrankung bei ihm konstatieren können. Es mufs also eine gewisse Disposition, vielleicht auch werden Rassenverhältnisse oder klimatische Eigentümlichkeiten, möglicherweise auch rein individuelle Umstände (Transpiration, kleine Verletzungen, intensive Berührung usw.) eine gewisse Rolle bei der Übertragung spielen.

Durch die Untersuchung der mir durch Dr. Rau überwiesenen 45 Knaben, von denen ca. 15 an anderen Haarerkrankungen (Alopecia traumatica, ekzematosa, postimpetiginosa, areata [Tafel IV, Fig. 16]) erkrankt waren, hatte ich Gelegenheit, das Krankheitsbild der im israelitischen Kinderhort zuerst beobachteten Haarerkrankung klinisch näher zu verfolgen und mit dem der 9. Gemeindeschule zu vergleichen. Hierbei stellte sich heraus, dafs es sich meist um ein und dieselbe schon kurz skizzierte Alopecia parvimaculata handelte, und dafs diese Erkrankung zweifellos in Beziehung zu bringen ist mit der von Brocq 1885 zuerst beschriebenen Alopecia atrophicans. Unter den 30 Knaben der 9. Gemeindeschule befanden sich nämlich drei, die an einer Alopecia atrophicans litten (Tafel II und III, Fig. 9, 10, 7, 6). In der äufseren Umgebung dieses atrophischen Herdes konnte ich manchmal die von mir beschriebenen kleinen Plaques in allen Abstufungen deutlich beobachten und sowohl von zwei Knaben als auch von deren Eltern wurde mir mitgeteilt, dafs um die in der Mitte (Tafel III, Fig. 10 u. 12) seit Jahren bestehenden atrophischen gröfseren Stellen, die ohne eine Spur von Entzündung im Laufe von einigen Jahren entstanden waren, in der letzten Zeit nach der Peripherie zu kleine haarlose Stellen bemerkt worden seien. Auch die früher entstandenen Stellen hätten als kleine Flecken begonnen und wären dann allmählich gröfser geworden, bis sie dann in das atrophische Stadium übergetreten wären. Die Mutter eines Realschülers (Quinta) berichtete mir, dafs ihr Sohn, der vier Flecken einer typischen Alopecia parvimaculata aufwies, diese Flecken erst vor drei Wochen bekommen habe. Bei einem Schüler eines Realgymnasiums, der aus Paris stammt und erst seit neun Monaten in Berlin ist, waren drei typische haarlose Stellen vorhanden.

Wie schon hervorgehoben, ist die Alopecia parvimaculata jedenfalls, wenn auch nicht identisch, so doch in Beziehung zu bringen zu der von Brocq sogenannten Pseudopelade, ein Name, der uns natürlich sowohl über die ätiologischen als auch über die histologischen Vorstellungen im Unklaren läfst. Die von mir beschriebene Erkrankung unterscheidet sich insofern von der Pseudopelade Brocq, als sie nur bei jugendlichen Personen von mir beobachtet wurde, während die Pseudopelade eine Erkrankung des gereifteren Alters ist, ferner durch das gehäufte Auftreten bei Knaben, dann durch die im nichtatrophischen Anfangsstadium an-

scheinend gute Prognose. Zweifellos würde man, wenn man eine systematische Untersuchung der Schulen vornehmen würde, hier und da noch typische Fälle der Alopecia parvimaculata entdecken.

Ein epidemieartiges Auftreten einer pseudopeladeähnlichen Erkrankung wurde schon 1890 von VAILLANT und VINCENT[2] bei Erwachsenen festgestellt.

Die Epidemie betraf 44 Fälle von Militärpersonen. „Un des régiments de la garnison de Paris a envoyé à l'hôpital 40 malades atteints de cette affection dans l'éspace de quelques mois."

Die beiden Autoren schreiben über das klinische Bild der von ihnen beobachteten Affektion folgendermaſsen:

„La pseudo-pelade en plaques ou en aires (fig. 1) est de beaucoup la plus commune; elle a été récemment décrite par M. NIMIER[3]. — A la période d'état, dit-il, l'affection est caractérisée par des plaques d'alopécie régulièrement arrondies ou un peu ovalaires, mesurant 2, 3, ou 4 centimètres de diamètre, siégant sans symétrie habituelle sur le sommet de la tête au nombre de 1 à 2, parfois de 3 à 4. A leur niveau, le cuir chevelu a conservé sa coloration ordinaire, voire un aspect normal, c'est-à-dire que la plaque d'alopécie présente un piquete noir correspondant à la saillie et la petite tache de l'orifice des follicules pileux. Ajoutons que ces follicules paraissent vides. Parfois la peau est blanche, lisse, unie, dépourvue de petits points folliculaires. Dans les deux cas, quelques rares poils sains et solides restent ordinairement implantés sur la plaque; beaucoup de ceux qui en limitent le pourtour sont, au contraire, fragiles et faciles à arracher.

La pseudo-pelade diffuse moins fréquente que la précédente, est caractérisée par des îlots d'alopécie, en géneral confluents, irréguliers, dissémines sans ordre sur une surface plus ou moins étendue du cuir chevelu. Ces îlots, variables de forme et de dimensions, sont rarement distincts et nettement séparés les uns des autres; presque toujours ils tendent à fusionner, se confondent ou se relient entre eux par des traînées glabres. La peau ainsi dénudée présente, d'ailleurs, le même aspect que ci-dessus.

Mais quelle que soit la forme en cause, l'alopécie acquerit d'emblée ses dimensions définitives; elle n'est ni progressive, ni extensive, et ne manifeste aucune propension à s'accroître excentriquement. Du premier jet elle parait frapper toute la région qui doit être atteinte."

Diese beiden Formen lieſsen sich nun auch bei den von mir untersuchten Knaben feststellen, und zwar herrschte die Form der nicht-

---

[2] *Annales de l'Institut Pasteur.* 1890. Paris, G. Masson, Editeurs. S. 446.

[3] De la folliculite microbienne tonsurante du cuir chevelu. *Gaz. hebd.* 17 mai 1890.

konfluierenden Alopecia parvimaculata, die ich im israelitischen Kinderhort ausnahmslos feststellen konnte und die ich bei Veröffentlichung meiner ersten vorläufigen Mitteilung ausnahmslos gesehen hatte, auch in den späteren Fällen so vor, daſs ich sie als eine besondere kleinfleckige Alopecie bezeichnen möchte, sei es, daſs sie mit oder ohne Atrophie einhergeht.

Möglicherweise hat sich diese Erkrankung so entwickelt, daſs die in der 9. Gemeindeschule vorhandenen Fälle von Alopecia atrophicans bei geeigneter Disposition zu einer Infektion geführt haben, so daſs zunächst eine Alopecia parvimaculata entstand, die dann im Verlaufe von Monaten oder Jahren in die atrophisierende Form übergegangen ist. Würde diese Annahme zu Recht bestehen, so würde im vorliegenden Falle der Ausgangspunkt der Erkrankung nicht im israelitischen Kinderhort, sondern in der 9. Gemeindeschule zu suchen sein; denn da diese Gemeindeschule von einer groſsen Anzahl Knaben des Kinderhortes besucht wurde, so würde die Erkrankung zunächst diese Knaben befallen haben. Dies ist auch erklärlich, weil der Kinderhort nur aus einigen kleinen Räumen und einem ganz engen Schulhofe besteht, so daſs ein intensiver Kontakt viel eher möglich ist, als in der geräumigen Gemeindeschule. Ob der aus Frankreich stammende Realschüler, der in einer ganz anderen Gegend (Berlin W.) wohnt als die erkrankten Knaben (Berlin N.), mit der Übertragung in Verbindung zu bringen ist, möchte ich bezweifeln, da gar keine Kommunikation sich nachweisen lieſs.

Man unterscheidet bei der Alopecia parvimaculata zweckmäſsig zwei verschiedene Formen:

1. die nichtatrophische Form. Alopecia parvimaculata im weiteren Sinne. (Tafel I.)
2. die atrophische Form.
   a) Alopecia parvimaculata atrophicans solitaris (Fig. 5, 17 rechts).
   b) Alopecia parvimaculata atrophicans conglomerata (Fig. 9, 10). (Pseudopelade Brocq).

Ob diese Formen identisch sind mit der Pseudopelade Brocq, wage ich noch nicht zu entscheiden, jedenfalls aber gehört die Erkrankung dieser Gruppe an.

Was nun die Differentialdiagnose betrifft, so kommen folgende Erkrankungen in Betracht: Akne necrotica; Alopecia areata; Alopecia atrophicans; Blasenerkrankungen des Kopfes; Combustio; Dermatitis herpetiformis; Ekzema circumscriptum; Follikulitiden; Furunkel; Favus; Gummata; Impetigo; Kerion Celsi; Lupus vulgaris; Lupus erythematodes; Lichen ruber planus atrophicus; Mikrosporie; Pseudopelade; Perifollikulitis abscedens; Sykosis parasitaria; Sykosis lupoides; Syphilis; Trauma; Trichophytie, Tuberkulose; Ulerythema.

Von allen diesen Erkrankungen konnten sowohl durch die Anamnese

als auch durch den makroskopischen Befund alle mit Ausnahme der Trichophytie, der Mikrosporie, der traumatischen Alopecie, der Alopecia areata und der atrophischen Haarerkrankungen ausgeschlossen werden.

Trichophytie und Mikrosporie kommen, wie die später noch zu erwähnenden mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen beweisen, nicht in Frage.

Die kleinfleckige traumatische Alopecie unterscheidet sich deutlich von der in Frage stehenden Erkrankung sowohl durch ihre derbere Konsistenz als auch durch die intensiv weiſse Farbe. Selbst die Eltern der Knaben konnten die bei ein und demselben Knaben vorhandenen Narben ohne weiteres unterscheiden von den erst kürzlich entstandenen Flecken.

Denn diese haben weder die intensiv weiſse Farbe noch die harte Konsistenz der traumatischen Alopecie, sondern fühlen sich leicht derb, aber glatt an. Auch bezüglich der Anordnung der die kahle Stelle umgebenden Haare unterscheiden sich beide deutlich von einander, denn bei der traumatischen Alopecie sind die Haare der unmittelbaren Umgebung sozusagen in Reih und Glied angeordnet, da das Trauma meist eine gradlinige, jedenfalls eine scharfumgrenzte Narbe verursacht. Heilt der Defekt ohne groſse Entzündung, so bildet die Narbe eine gerade oder gebogene Linie, je nach der Einwirkung der verursachenden Gewalt. Tritt dagegen eine Entzündung (Granulationsbildung) ein oder war schon von vornherein durch die einwirkende Gewalt ein flächenartiger Defekt vorhanden, so sieht man von der Mitte der Narbe ausstrahlende lineäre weiſse glänzende und sich derb und erhaben anfühlende Züge, die bei der Alopecia parvimaculata fehlen. Immer aber sind die haarlosen Stellen von den behaarten scharf abgegrenzt, die keine succulente Scheide aufweisen.

Ich hatte Gelegenheit, unter den 45 Kindern der 9. Gemeindeschule 12 mit Alopecia traumatica und zwar sowohl der lineären als auch der flächenartigen Form zu beobachten. Der Unterschied ist, wenn man die oben angegebenen Charakteristika ins Auge faſst, so eklatant, daſs eine Verwechslung geradezu unmöglich ist. Natürlich finden sich hier und da bei ein und demselben Knaben beide Formen vor, auch kann sich, wie schon hervorgehoben, bei ein und demselben Knaben die Kombination von Alopecia parvimaculata mit einer Dermatomykose vorfinden.

Der Unterschied zwischen der Alopecia areata und der parvimaculata ist ebenfalls äuſserst charakteristisch. Da die Alopecia parvimaculata zweifellos der Pseudopelade Brocq nahe steht, so lasse ich die äuſserst klare Darstellung der Unterschiede zwischen dieser Erkrankung und der Alopecia areata, wie sie Arndt[4] beschreibt, folgen (vergl. Tafel I u. III, Fig. 16):

---

[4] G. Arndt, Über einige Formen narbiger Kahlheit, ihre Diagnose und Therapie. (A. d. Dermatolog. Univ.-Poliklinik zu Berlin.) *Dermatol. Zeitschrift.* 1908. S. 80.

„Während bei der Alopecia areata die Haut im Bereich der meist scharf kreisrunden oder durch Konfluenz benachbarter Herde polycyklisch begrenzten kahlen Stellen keine wesentlichen Veränderungen zeigt, abgesehen von einer abnorm leichten Faltbarkeit (Hypotonie) und einem Pigmentmangel mäſsigen Grades, bestehen bei der Pseudopelade mehr oder weniger hochgradige Veränderungen der Haut.

Im Bereich der scharf, aber unregelmäſsig zackig begrenzten kahlen Herde, die allmählich einen groſsen Teil des behaarten Kopfes überziehen können (bevorzugt sind die Scheitel- und die Schläfengegend), ist die Haut glänzend weiſs, häufig mit einem Stich ins Rosa, glatt und deutlich narbig. Auf der weiſsen Fläche sieht man hier und da unscharf begrenzte rosabis blaſsrote Flecke, die auf Druck vollkommen verschwinden und die nach der Peripherie zu, namentlich in der Umgebung der Haare, häufiger werden und schärfer hervortreten, deren Vorhandensein oft aber nur durch die genaueste Besichtigung festzustellen ist.

Eine Bläschen-, Pustel-, Krustenbildung in der Umgebung der Follikel ist nirgends nachzuweisen, höchstens eine mäſsige Schuppung an der Austrittsstelle der erkrankten Haare. Die hier befindlichen Haare haben ihre normale Länge und Farbe, folgen dem leisesten Zuge, ohne abzubrechen, und sind an ihrer Wurzel von einer succulenten, glasig durchscheinenden Scheide umgeben, die der beim Favushaar zu beobachtenden äuſserlich vollkommen gleicht, deren mikroskopische und kulturelle Untersuchung bisher aber weder Pilze noch andere spezifische Krankheitserreger ergeben hat.

Diese Haarveränderungen bedingen ein weiteres wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber der Alopecia areata. Bei dieser Affektion sind die leicht ausziehbaren erkrankten Haare atrophisch, zugespitzt, aber weisen nie eine gequollene Scheide auf. Neben den normal langen Haaren finden sich ferner die charakteristischen, an ein Ausrufungszeichen (!), eine Keule erinnernden Haarstümpfe, die in dieser Menge, abgesehen von seltenen Ausnahmen (Röntgenalopecie), wohl bei keiner anderen Affektion gefunden werden.

Neben diesen augenfälligen Veränderungen finden sich in vielen Fällen von Alopecia areata die an Herpes tonsurans capillitii erinnernden, im Niveau der Haut liegenden oder dasselbe nur wenig überragenden, meist tiefschwarzen komedonenartigen Stümpfe, die sich mit Leichtigkeit ausdrücken lassen. Von all dem ist bei der Pseudopelade nichts zu konstatieren. Während die Alopecia areata im Bereich der von ihr befallenen Gebiete meist eine vollständige Kahlheit herbeiführt, finden sich im Bereich der narbig-kahlen Stellen der Pseudopelade häufig mehr weniger umfangreiche Büschel gut erhaltener Haare, wodurch das Aussehen der Plaques ein sehr unregelmäſsiges wird.

Subjektiv bestehen meist bei beiden Affektionen keine Beschwerden. Hin und wieder klagen die mit einer Pseudopelade behafteten Patienten über ein mäſsiges Jucken, was auch bei Alopecia areata vorkommen kann und hier wohl oft auf eine gleichzeitig bestehende Seborrhoe zu beziehen ist. In ihrem Verlauf und ihrer Prognose unterscheiden sich beide Affektionen recht wesentlich.

Während bei der Alopecia areata, abgesehen von den seltenen schweren Fällen, in denen es in kurzer Zeit zu einem vollständigen Verlust der Kopf- und Körperhaare (Augenbrauen, Cilien, Bart-, Achselhöhlen- und Schamhaare) kommt, nach kürzerer oder längerer Zeit ein Stillstand eintritt, der fast immer von einer Restitutio ad integrum gefolgt ist (wenn allerdings häufig noch nach Jahren Rezidive eintreten), ist der Verlauf der Pseudopelade ein progredienter; es ist ein langsam, aber stetig fortschreitender, durch keine Therapie mit Sicherheit aufzuhaltender Prozeſs.

Stillstände kommen vor. Von einer Restitutio ad integrum kann natürlich keine Rede sein, da im Bereich der erkrankten narbigen Partien die Follikel meist vollständig zugrunde gegangen sind."

Es bleibt also, da nach dieser Beschreibung Alopecia areata auszuschlieſsen ist, differentialdiagnostisch für die von mir beobachtete Alopecia parvimaculata nur noch diejenige Krankheitsgruppe übrig, die Brocq unter dem Namen Alopecia atrophicans oder Pseudopelade 1885 beschrieben hat, zu welcher Gruppe ich die Alopecia parvimaculata rechnen möchte wegen der in etwa 10% beobachteten Hautatrophie. Was nun die Gruppierung dieser Krankheitsformen anbetrifft, so herrscht gerade auf diesem Gebiete eine groſse Unklarheit. Schon die groſse Anzahl der verschiedenen Bezeichnungen, die für die zu dieser Gruppe gehörigen Erkrankungen angegeben sind, beweist zur Genüge, daſs man auf diesem Gebiete beinahe vor Bäumen den Wald nicht sehen kann. Die Aufzählung folgender Namen mag dies beweisen: „Pseudopelade, Folliculitis decalvans, Ophiasis, Pélade décalvante, Sykosis lupoides, Acné décalvante, Alopecia circumscripta oder orbicularis.

Folliculite déstructive des régions velues, Alopécies innominées, Alopécie atrophique simple, Alopécie péladeforme pseudocicatricielle irritative, Xérodermie pilaire, Pelade atypique, Ulerythema sykosiforme, Pseudoarea, Dermite sicosiforme, Pseudoalopecia atrophicans, Alopecia atrophicans, Alopecie cicatricielle en clairières, Alopecie pseudopeladique, Alopecie pseudofavique, Alopecie par sclerose folliculaire, Perifollikulitis cicatrisans, Alopecia cicatrisata."

Zweifellos muſs man bei allen diesen Bezeichnungen unterscheiden zwischen der eigentlichen Alopecia atropicans Brocq und der Follikulitis decalvans. Obschon beide schlieſslich in ein atrophisches Endstadium übergehen und dann schwer von einander zu unterscheiden sind, hat die

erstere histologisch und mikroskopisch nachweisbare suppurative Follikulärläsionen, dagegen keine gequollene Haarwurzelscheiden, die bei der Alopecia atrophicans Brocq immer anzutreffen sind.

Bezüglich der Geschichte der in Rede stehenden Affektion verweise ich auf die ausgezeichnete Arbeit von Grünfeld über Follikulitis decalvans.[5]

Der Übersicht halber erwähne ich noch das Schema von Brocq aus seiner pratique dermatologique, das dieser für alle Erkrankungen des behaarten Kopfes, die einen Haarausfall herbeiführen, angibt.

Brocq teilt die Alopecien in folgender Weise ein:

I. in direkte traumatische Alopecien;

II. in solche, welche durch einen lokalen Prozefs des Haarbodens und der Haare verursacht werden;

III. in Alopecien durch Allgemeinerkrankungen.

Die Kategorie II zerfällt wieder in:

A. Alopecien durch mangelhafte lokale Hygiene;

B. Alopecien durch parasitäre Erkrankungen;

C. Alopecien durch Haarerkrankungen, deren Natur noch nicht genügend bekannt ist;

D. Alopecien durch Erkrankungen des Haarbodens und zwar

a) solche, bei denen der Haarausfall das am meisten hervortretende Symptom ist und

b) solche, bei denen der Haarausfall nur ein „Epiphänomen" oder eines von den Symptomen ist.

Zur Unterabteilung a) gehören:

1. die Pelades (Alopecia areata, Ophiasis und die „pelades décalvantes");

2. die Seborrhoe in allen ihren Formen;

3. die destruktiven Follikulitiden und zwar:

a) die disseminierten depilierenden Follikulitiden (Variola, Syphilis, Acne atrophica, Keratosis pilaris);

b) die agminierten depilierenden Follikulitiden. Zu diesen zählt Brocq die Pseudopelade, die Sycosis lupoides und die Acné décalvante.

Die Unterabteilung b, also jene Gruppe, bei der die Alopecie nur ein Nebensymptom darstellt, differenziert sich in

1. rein lokale Prozesse (Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber planus, Lupus erythematosus und vulgaris, Sklerodermie, cutane Atrophien, Impetigo, Furunkel usw.);

2. lokale und allgemeine Prozesse (Erysipel, Dermatitis exfoliativa generalisata, Pityriasis rubra, Pemphigus foliaceus, Mykosis fungoides, Lepra usw.)

---

[5] L. Grünfeld, Über Folliculitis decalvans. *Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Bd. 95, S. 331.

Für die in Frage stehende Alopecia parvimaculata kommt differentialdiagnostisch nur die Pseudopelade und die Acné décalvante in Frage.

Hier und da können diese Erkrankungen einen epidemischen Charakter annehmen, wie die von Vincent und Vaillant beobachteten Fälle und wie die von mir bei Schülern beobachteten Erkrankungen beweisen.

Nach der Arbeit von Brocq, Lenglet und Aurignac hat Brocq[6] von echter Pseudopelade etwa 29 Fälle zusammengestellt, von denen allein Brocq 22 Fälle beobachtete. Unterdessen sind aber auch eine Reihe von anderen Fällen auch in Deutschland von Herxheimer, Blaschko und anderen beobachtet worden.

Was die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen betrifft, so wurden folgende Methoden angewandt:

1. Die Untersuchung mit Kalilauge, das Haar wurde auf dem Objektträger mit 30%iger Kalilauge leicht erhitzt und dann sofort untersucht.

2. Die Untersuchung mit Antiformin 10—20%ig.

Auf diese, namentlich von Plaut in letzter Zeit angewandte Methode möchte ich wegen ihrer Einfachheit und Bequemlichkeit besonders hinweisen. Man betupft das Haar auf dem Objektträger mit einigen Tropfen einer 20%igen Antiforminlösung. Es entstehen dann unter dem Deckglas freiwerdende kleine Chlorbläschen, namentlich da, wo das Keratin erweicht ist. Da diese Erweichung hauptsächlich dort stattfindet, wo Sporen oder Mycelien liegen, so bemerkt man hier hauptsächlich viele kleine Bläschen und wird so schon von vornherein auf diese Stellen aufmerksam. Nachdem man das Haar genügend auf Sporen und Mycelien durchsucht hat, verreibt man durch einen energischen Druck auf das Deckglas mit dem Finger oder mit einer Nadel das nunmehr morsch gewordene Haar, um noch einmal auf Sporen und Mycelien in dem Gewebebrei zu suchen.

3. Die Untersuchung nach der Plautschen Insitumethode geschah in der von mir angegebenen Glaskammer.

Die Kammer besteht aus zwei gläsernen runden Teilen von der Gröfse einer Petrischale, dem Deckel *a* und der Schale *b*. In der Schale ist ein runder Vorsprung, auf welchen man zwei Objektträger *o* legen kann. Aufserhalb von diesem Vorsprung ist eine runde Vertiefung *b*, in welche sterilisiertes Wasser gegossen wird. Der Objektträger *o* wird vorher in der Weise armiert, dafs, nachdem er in der Bunsenflamme sterilisiert ist, auf denselben 1—3 möglichst frische Trichophytiehaare oder Schuppen *h* gelegt werden. Auf diese wird dann ein vorher in der Flamme sterilisiertes Deckgläschen *D* gelegt und an den vier Ecken durch Wachstropfen *g* einer brennenden Kerze befestigt. Diese mit Trichophytie-, Mikrosporie- oder Favusmaterial in der geschilderten Weise armierte

[6] Referat in der *Dermatologischen Zeitschrift.*

Objektträger *o* werden dann mit dem Deckglas nach unten auf die Erhebung *d* gelegt. Nach zwei bis drei oder vier Tagen erhält man dann aus den Sporen das charakteristische Wachstum.

4. Die Untersuchung nach der LINDNERschen Methode. Bei der Untersuchung des Falles von Schülertrichophytie hat sich diese Methode mir sehr bewährt. Zunächst wurde die Wurzel verschiedener Haare mit sterilem Wasser verrieben und dann wie unten näher beschrieben mi einer sterilen Feder auf einem Deckgläschen Federstriche gemacht. Die LINDNERsche Methode beruht auf dem Prinzip, daſs wenn man Sporen mit irgend einer Flüssigkeit, z. B. Bouillon, mischt und in diese Mischung eine gewöhnliche Stahlfeder taucht und dann mit dieser dünne Striche über ein entfettetes Deckglas zieht, jeder folgende Strich weniger Sporen enthält als der vorhergehende. Behufs Beobachtung der Keimung aus einer Spore eines Pilzes und der folgenden Mycelentwicklung bis zur Fruktifikationsbildung verfahre ich folgendermaſsen:

Nachdem auf einen in der Bunsenflamme sterilisierten Objektträger einige Tropfen Bouillon gebracht sind, vermischt man mit letzterer eine Spur Sporenmaterial mit der Platinöse, taucht in diese Mischung eine in der Flamme stark erhitzte gewöhnliche Stahlfeder und macht auf ein steriles Deckglas in der Mitte desselben etwa zehn parallele Striche von 4—5 mm Länge. Das Deckglas legt man dann mit der beschriebenen Seite nach unten auf die Höhlung eines in der Flamme sterilisierten hohl geschliffenen Objektträgers, nachdem vorher der Boden der Höhlung mit ein bis zwei Tropfen Wasser oder Bouillon beschickt ist, um nachher eine feuchte Kammer zu erhalten. Das Deckglas wird hierauf mit Wachs umrandet, indem man rasch mit dem Docht einer angezündeten und dann ausgeblasenen dünnen Wachskerze Striche um den Deckglasrand wie mit einem Pinsel zieht. Das so hergestellte Präparat kann je nach dem Temperaturoptimum des betreffenden Pilzes bei Zimmer- oder Bruttemperatur gehalten werden. Der groſse Vorteil dieser Methode bei Kulturen von Schimmelpilzen gegenüber dem hängenden Tropfen ist der, daſs das Wachstum der Pilze in einer Ebene erfolgt, nämlich der untern Deckglasfläche entlang. Daher ist die LINDNERsche Methode nicht nur vorzüglich zur andauernden mikroskopischen Beobachtung während des Wachstums, sondern auch zur Konservierung, Färbung und zur Mikrophotographie, auch während des Wachstums, geeignet. In jedem Augenblick kann man durch Lösen des Deckglases (Xylol bezüglich Erhitzen) das Wachstum unterbrechen und den Pilz im gerade vorliegenden Entwicklungsstadium fixieren und färben. Auf diese Weise konserviert man die verschiedenen Stadien der Pilzentwicklung, wenn man an ein und demselben Tage etwa zehn oder mehr LINDNERsche Kammern anlegt und jeden Tag bezüglich jeden halben Tag nach der Keimschlauchbildung ein neues Deck-

glas vom Wachs durch Erhitzen bezüglich durch Xylol befreit, über der Flamme oder durch Eisessig fixiert, und färbt, mit oder ohne Differenzierung.

5. Als Nährboden wurde ein Agarnährboden und namentlich der ausgezeichnete SABOURAUDsche Milieu d'épreuve angewandt:

℞	*Rohmaltose* (*Maltose brute*)	3,7
	Pepton granulée (*chassainy*)	1,0
	Agar-Agar	1,5—2,0
	Aqua	100,0.

Dieser Nährboden wird in einem Kolben langsam auf 120° im Autoclave erhitzt, dann mehrmals filtriert und schliefslich in ein Reagensglas gegossen oder in kleine Kolben.

Nach allen diesen Methoden liefsen sich weder Sporen noch Mycelien nachweisen. Wohl wuchsen nach Methode 5 einige Kolonien von Staphylococcus aureus und Staphylococcus albus. Nur in einem Fall liefs sich, wie erwähnt, nach allen beschriebenen Methoden eine Schülertrichophytie nachweisen.

6. Folgende Färbemethoden wurden angewandt:

a) Färbung nach GRAM,

b) die von mir in *dieser Zeitschrift*, 1903, Bd. 36, S. 349, beschriebene Färbung mit Karbolfuchsin mit Entfärbung durch Pikroanilin.

Die Methode wird folgendermafsen angewandt: Die Haare werden entweder eingebettet in Celloidin oder auch nicht eingebettet untersucht; man erhitzt in einem Schälchen mit Karbolfuchsin so lange, bis Dämpfe aufsteigen (1—2 Minuten). Trocknen mit Fliefspapier. Einlegen in ein Schälchen mit LUGOLscher Lösung etwa 2—3 Minuten. Abtrocknen mit Fliefspapier. Lösung von Pikroanilin (5—10 Minuten). Anilinum purum bis 24, 48 und 72 Stunden. Xylol. Canadabalsam.

c) Methylenblau und Polychrommethylenblau.

Nach diesen Färbemethoden liefsen sich weder Sporen noch Mycelien, abgesehen von dem erwähnten Fall von Schülertrichophytie, nachweisen. In einigen succulenten Haarscheiden befanden sich Staphylokokken, was auch durch die Kultur auf Agarnährböden bestätigt werden konnte (Staphylococcus aureus et albus).

Was nun die Behandlung betrifft, so wurden folgende Methoden angewandt:

1. Die von mir bisher mit bestem Erfolg bei der Alopecia areata angewandte Behandlung:

a) Kurzschneiden der Haare (bei Männern).

b) Jeden Tag oder einen über den anderen Tag energische Waschungen des Kopfes mit Salicyl-Schwefel-Hefeseife (George Heyer & Cie., Hamburg).

c) Betupfen der Haare morgens und abends mit:

℞	*Olei rusci*	20,0
	β-Naphtol.	4,0
	Acid. salic.	4,0
	Resorcin	4,0
	Ol. ricini	30,0
	Spirit. saponat.	ad 200,0

M. D. S.

d) Abends vor dem Zubettgehen Einsalben der erkrankten Stellen mit:

℞	*Sulfur. praecipitat.*	10,0
	Resorcin	4,0
	Vaselin. flav.	ad 100,0

M. D. S.

Diese Behandlungsmethode hat sich mir bei der Alopecia areata schon seit vielen Jahren bewährt. In verschiedenen Fällen zeigte sich schon nach relativ sehr kurzer Zeit, in manchen bereits nach 14 Tagen ein Wiederwachsen der Haare. Auch der in Tafel III, Fig. 16, abgebildete Fall von beginnender Alopecia areata wurde nach dieser Methode behandelt und zwar zeigte sich der Erfolg bereits nach sechs Wochen.

Ich verwende Oleum rusci bei Haarausfall mit Vorliebe nach einer Beobachtung, die ich während meiner Assistententätigkeit auf der dermatologischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld machen konnte. Eine junge Dame, die wegen eines leichten Ekzems der Oberlippe mit einer Salicyl-Oleum rusci-Salbe behandelt wurde, bekam zu ihrem Schrecken nach etwa zehn Tagen auf der Oberlippe einen intensiven Haarwuchs, eine Beobachtung, die ich später noch verschiedentlich machen konnte. Seitdem habe ich Oleum rusci mit Vorliebe gerade bei der Alopecia areata und nunmehr in der beschriebenen Weise bei der Alopecia parvimaculata angewandt. Die Salicyl-Schwefel-Hefeseife empfiehlt sich wegen der desinfizierenden Wirkungen des Salicyls, der reduzierenden und daher hornhautbildenden Wirkungen des Schwefels und der reizstillenden Wirkungen der Hefe.

2. Chrysarobinstift. Einen über den anderen Tag wurden die erkrankten Stellen so lange eingerieben, bis eine Reizwirkung zu konstatieren war. Dann Abheilung mit Zinkschwefelpaste, wieder Chrysarobinstift, wieder Zinkschwefelpaste und so fort, bis Heilung eintritt.

3. Die von Arndt empfohlene 10%ige Zinkschwefelpaste.

4. Zur Heilung der Schülertrichophytie wurde die von mir zur Behandlung der Trichophytie überhaupt angegebene Salbe

℞	*Acid. salicyl.*	10,0
	Chrysarobin	
	Ol. rusci	aa 20,0
	Sapon. virid.	
	Lanolin. anhydric.	aa 25,0

M. D. S.

verwandt. Die Behandlung gestaltete sich folgendermaſsen: Die Salbe wurde mit einem Pinsel aufgetragen, es bildet sich dann bei der Trichophytie des behaarten Kopfes wie auch der Haut eine dunkle von der erkrankten Stelle leicht abhebbare Membran. In der gesunden Umgebung der erkrankten Stelle haftet diese Membran intensiv der Haut an. Nach zwei Tagen wurde die Salbe wiederum aufgetragen und nach abermals drei Tagen nochmals mit dem Resultat, daſs sich sowohl in den abgeschabten Schuppen als auch in den epilierten Haaren nach drei Wochen keine Sporen oder Mycelien mehr nachweisen lieſsen. Mit dieser Behandlungsmethede ist man im stande, eine Trichophytia superficialis corporis durch eine zwei- bis dreimalige Einreibung definitiv zu beseitigen. Diese Beobachtung habe ich in den letzten sechs Jahren in mindestens 20 Fällen machen können. Aber auch bei Trichophytia profunda habe ich sehr gute Resultate gesehen. Bei etwas Vorsicht kann man die Salbe auch in der Bartgegend verwenden.

Natürlich wurden die an Alopecia parvimaculata erkrankten Kinder zunächst isoliert und vom Schulbesuch ausgeschlossen, solange, bis eine gründliche Desinfektion des Kopfes in der beschriebenen Art nach etwa fünf bis sechs Wochen stattgefunden hatte. Und ich glaube durch diese Isolierung und Behandlung einer Weiterverbreitung und weiteren Schädigungen ein Ziel gesetzt zu haben.

Zweifellos ist das Vorkommen von atrophischen Haarerkrankungen, namentlich in Deutschland, nur ein relativ kleines. Meiner Meinung nach existieren gerade unter den Schulkindern mehr Fälle dieser schleichenden und im späteren Stadium irreparablen Erkrankung als man im allgemeinen annimmt. Auch Arndt[7] ist der Meinung, daſs gerade die Erkenntnis der Anfänge dieser Erkrankungen von auſserordentlicher Wichtigkeit ist. Er schreibt: „Die chronisch-entzündlichen, follikulären, in Narbenbildung ausgehenden und zu definitiver Kahlheit führenden Prozesse des behaarten Kopfes und Bartes sind im groſsen und ganzen seltene Affektionen; vielleicht ist diese Seltenheit aber nur eine relative und beruht darauf, daſs viele der hierhergehörigen Fälle, besonders in hren Anfangsstadien, nicht erkannt, bzw. nicht richtig gedeutet werden. Aber gerade die Erkenntnis der Anfänge dieser Erkrankungen ist sehr wichtig, weil eine im Beginn einsetzende energische Therapie in einer nicht geringen Zahl von Fällen im stande sein dürfte, den krankhaften Prozeſs (wenigstens zeitweise) zum Stillstand zu bringen und so die Patienten vor dauernder Entstellung durch ausgedehnte Narbenbildung zu bewahren."

---

[7] G. Arndt, Über einige Formen narbiger Kahlheit, ihre Diagnose und Therapie. *Dermat. Zeitschrift.* 1908. S. 80.

Meine Erfahrungen stimmen hiermit vollständig überein. Denn zweifellos sind die zur Gruppe der Pseudopelade, das heifst die ohne nennenswerte Entzündung allmählich zur Atrophie führenden Erkrankungen der behaarten Kopfhaut relativ viel häufiger, als man annimmt. Aber auch die Prognose scheint mir ziemlich günstig zu sein, wenn man die Anfänge des atrophierenden Prozesses rechtzeitig erkennt. Denn sowohl Dr. FRIEDLÄNDER als auch ich haben nach den von mir erwähnten Methoden einen grofsen Prozentsatz aller Fälle im Anfangsstadium zur Heilung gebracht. Ist natürlich im Verlaufe von Monaten und Jahren das atrophische Stadium eingetreten, dann hilft alle Therapie nichts mehr. Auch hier erweist sich wieder die Wahrheit der Anschauung, dafs die Prophylaxe der beste Schutz ist. Überhaupt soll meiner Meinung nach auf Reinhaltung und gründliche Waschungen des behaarten Kopfes bei Schulkindern seitens der Lehrer und Eltern ein gröfseres Gewicht als bisher gelegt werden, und wenn durch das Bekanntwerden von ansteckenden Haarerkrankungen in weiteren Kreisen nur das erreicht würde, dafs Eltern und Lehrer auf gründliche Kopfwaschungen mehr als bisher ihr Augenmerk richten, so wäre damit schon viel erreicht.

Tafelerklärung.

Tafel I. *Fig. 1*: Alopecia parvimaculata. Man sieht die an eine syphilitische Alopecie erinnernden kahlen Stellen. *Fig. 2, 3* und *4*: Vereinzelte Alopecieflecken.

Tafel II zeigt gröfsere atrophische Stellen und in der Umgebung die kleineren zum Teil atrophischen, zum Teil weniger atrophischen Stellen der Alopecia parvimaculata bei vier verschiedenen Knaben der 9. Gemeindeschule.

Tafel III. Alopecia atrophicans (2 Knaben der 9. Gemeindeschule). Die *Figuren 11* und *12* sind so photographiert, dafs der Apparat gegen die Stirne zu aufgestellt war, *Fig. 9* und *10* so, dafs der Apparat im Rücken des den Kopf nach hinten neigenden Patienten stand. *Fig. 10* und *12*: Die Alopecia hat schon in der frühesten Jugend des zwölfjährigen Patienten begonnen, ohne dafs ein Schorf oder eine Entzündung vorhanden war. In letzter Zeit sind die nach der Stirne zu gelegenen atrophischen kleinen Flecken hinzugekommen. Die Haare der Umgebung haben die succulente Scheide. *Fig. 9* und *11*: Alopecia atrophicans. In den ersten Kinderjahren hat der neunjährige Patient einen Schorf auf dem Kopf gehabt, der von selbst geheilt ist. Es sind dann allmählich die atrophischen grofsen und in der Umgebung die kleineren Stellen entstanden. *Fig. 9* und *11* sowie *10* und *12* betreffen je einen Patienten.

Tafel IV zeigt Gruppen von Schülern der 9. Gemeindeschule mit Alopecia atrophicans, areata, parvimaculata. *Fig. 13, 14, 15*: Die kleinen Stellen bedeuten Alopecia parvimaculata, die gröfseren atrophicans und parvimaculata. *Fig. 16*: Beginnende Alopecia areata. Deutlicher Unterschied von der Alopecia atrophicans. *Fig. 18*: Schülertrichophytie. *Fig. 19*: Alopecia parvimaculata desselben Knaben (vergleiche Text). *Fig. 17*: Alopecia parvimaculata (links nicht atrophisch, rechts atrophisch) bei zwei Brüdern. *Fig. 20*: Alopecia atrophicans.

Aus der Klinik für Hautkrankheiten der Krankenanstalten der Stadt Düsseldorf.
Direktor: Dr. C. Stern.

Über eigentümliche Lungenschmerzen nach Injektionen von grauem Öl.

Von

Dr. K. F. Hoffmann,
Assistenzarzt.

Die Embolien, die bei unvorsichtiger Injektion unlöslicher Quecksilbersalze dadurch entstehen, dafs die Masse direkt in ein Blutgefäfs gespritzt wird, sind eine altbekannte Tatsache. Erfolgt die Embolie in die Lunge, so tritt „unmittelbar nach der Injektion ein heftiger, lange anhaltender Hustenreiz auf, leichte Cyanose, Stiche in der Brust, und unter Umständen sind an der schmerzhaften Stelle der Brust leichte Dämpfung und Rasselgeräusche nachweisbar". (Lesser, Lehrbuch, 12. Aufl., S. 331.) Indessen gibt es, wie aus meinen Beobachtungen hervorgeht, auch Lungenschmerzen bei Injektion unlöslicher Salze, die nicht durch Deponierung des Präparates in ein Blutgefäfs erklärt werden können, sondern für die ein anderer Entstehungsmodus gesucht werden mufs. Ich lasse zunächst die hierher gehörigen Krankengeschichten folgen:

1. S. Primäraffekt. Spirochäten †††. Wassermann negativ. Abortivkur. Beginn mit löslichen Salzen.

18. III. 10. 1/1 Barthélémysche Spritze Graues Öl (Präparat der Duretschen Apotheke, Paris).

23. III. Graues Öl (Vasenol-Koepp).

Beide Spritzen wurden im Laufe des Vormittags zwischen 9 und 10 Uhr gegeben. Nach beiden Spritzen stellten sich im Laufe des Spätnachmittags eigentümliche, ziehende Schmerzen im Gebiete der Brust ein, die bei tiefem Atemholen stärker wurden und den Patienten hinderten, völlig ein- und auszuatmen. Das Fieber bewegte sich zwischen 37° und 38°. Nach der ersten Spritze verloren sich die Schmerzen im Verlaufe von zwei bis drei Tagen, um am Nachmittag des 23. III. wiederzukommen. Ein örtlicher Befund war nie zu erheben. Behandlung wurde nicht eingeleitet.

29. III. Graues Öl (Engelapotheke, Breslau).

2. IV. Graues Öl (Apotheke Lafay, Paris). Beide anstandslos vertragen.

2. D. Lues II. Beginn der Kur mit löslichen Salzen.

23. III. Graues Öl (Koepp).

28. III. Graues Öl (Engelapotheke, Breslau). Beide gut vertragen.

2. IV. Graues Öl (Duret, Paris); morgens gegen 9 Uhr gegeben.

Spät abends gegen 10 Uhr bekam Patient heftige Atemnot, Seitenstechen, Erstickungsgefühl, liefs jedoch den Stationsarzt nicht rufen.

3. IV. Dieselben Beschwerden, die hauptsächlich rechts sitzen. Therapie: Priessnitz: Morgentemperatur 38,2°, Abendtemperatur 38,2°.

4. IV. Sitz der Beschwerden hauptsächlich links. Kein Befund.

5.—7. IV. Langsames Nachlassen der Beschwerden und Abfall der Temperatur. Keine weitere Spritze gegeben.

3. N. Lues II. Einleitung der Kur mit löslichen Salzen.

24. III. Graues Öl (Koepp).

29. III. Graues Öl (Engelapotheke, Breslau).

2. IV. Graues Öl (Duret) morgens 9½ Uhr. Abends 6 Uhr plötzlich Beklemmung in der Brust und vage Schmerzen. Patient hat das Gefühl, als könne er nicht ganz einatmen. Kein lokaler Befund, keine Temperatursteigerung.

3. IV. Morgens 8 Uhr keine wesentlichen Beschwerden, keine Temperatursteigerung. Gegen 10 Uhr springt Patient mit anderen im Garten herum. Plötzlich heftige Schmerzen in der ganzen Brust, hochgradige Atemnot, Gefühl des Erstickens. Lokal kein Befund. Therapie: Priessnitz. Abendtemperatur 38,2°. Kein Befund.

4. IV. Morgentemperatur 38,4°. Im Laufe des Tages langsame Besserung. Abendtemperatur 37,2°.

5. IV. Morgentemperatur 37,0°. Beschwerdefrei.

6. IV. Graues Öl (Koepp). Tadellos vertragen.

Wie aus den Krankengeschichten ohne weiteres hervorgeht, handelt es sich hier keineswegs um das gewöhnliche Bild einer Lungenembolie. Während diese, entsprechend der direkten Einverleibung in die Blutbahn, in unmittelbarem Anschluſs an die Injektion erfolgt, traten bei den genannten Patienten die Schmerzen erst viel später, frühestens nach sechs Stunden auf. Der Zusammenhang mit der Injektion ist nicht so unmittelbar, besteht aber zweifellos. Besonders beweisend ist in dieser Hinsicht der erste Fall, bei dem die Schmerzen nach zwei Injektionen auftraten. Gerade dieser Fall war es auch, der mich auf den Gedanken eines ursächlichen Zusammenhanges brachte. Es wäre nun die Frage, wie die Entstehung dieses Vorkommnisses zu erklären ist. Eine mangelhafte Technik ist ausgeschlossen. Ich nahm die Reinigung der Platiniridiumkanülen stets selbst vor, spritzte sie vor Gebrauch nochmals mit Luft durch, stieſs sie leer ein und wartete mindestens 30 Sekunden, bevor ich die Spritze aufsetzte. Das graue Öl war also zweifellos in Muskulatur bzw. Bindegewebe gelagert. Von hier aus gibt es nur einen Weg in die Lunge, nämlich die Lymphgefäſse. Durch diese muſs die Injektionsmasse in die Blutbahn und die Lunge gelangt sein. Vermutlich hat sie hier miliare Embolien hervorgerufen, die, soweit sie die Pleura beteiligten, schmerzhaft waren.

Ich habe diese Erscheinung nur von grauem Öl, nie von anderen Präparaten gesehen, die ebenfalls Quecksilber in unlöslicher Form enthalten (Kalomel, Merkuriol, Hydrargyrum salicylicum). Dies legt den Gedanken nahe, daſs es das im grauen Öl enthaltene metallische Quecksilber selbst ist, was die Embolien verursacht. Vermutlich flieſsen die winzigen

Quecksilberkügelchen des Öls auf ihrem Wege zu gröſseren zusammen. Interessant ist ferner, daſs allem Anschein nach der Schmelzpunkt des Präparates eine Rolle spielt. Drei Embolien erfolgten nach Duretschem Öl, das mit Palmitin angesetzt ist und zur Injektion durch Erwärmen in der geschlossenen Hand vorbereitet wird. Nur eine kam auf die drei anderen Öle zusammen, die schwerer zu verflüssigen sind, obwohl von ihnen weit mehr Spritzen gegeben wurden. Es ist dies bedauerlich, da gerade das Duretsche Fabrikat lokal weitaus am besten vertragen wird. Die Gröſse der Quecksilberkügelchen in den verschiedenen Ölen spielt keine Rolle. Sie sind in sämtlichen Ölen nahezu gleich groſs, wie ein Vergleich im Mikroskop zeigt. Bemerkenswert ist ferner der Einfluſs der plötzlichen Mobilisierung durch körperliche Bewegung (Fall 3). Ich brauche wohl auch nicht darauf hinzuweisen, daſs sämtliche genannten Patienten einen durchaus normalen Lungenbefund boten. Lungenleidende, namentlich Tuberkulöse, blieben von der Behandlung mit grauem Öl ausgeschlossen.

Diese Embolien gehören zweifellos nicht zu den häufigen Vorkommnissen. Ich habe sie unter etwa 300 Spritzen nur viermal gesehen. Vermutlich hat sich ja hinter mancher Bronchitis usw., die dem ungünstigen Wetter zugeschoben wurde, Ähnliches verborgen. Aber auch nachdem ich aufmerksam geworden war, habe ich dergleichen nicht mehr beobachtet. In der Literatur habe ich Hierhergehöriges nicht finden können.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Zur Chemie der Haut.

VII.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

Berichtigung. In dieser Arbeit in Heft 1 dieses Bandes, Seite 10, Zeile 12 von unten, soll es statt „Bläuung von Nilrot“ heiſsen: „Rötung von Chrysophangelb“.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1910.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. Nachruf LESSERS auf **F. J. Pick.**

2. CHAJES demonstriert **Dipterenlarven**, die ein Knabe mit seinem Urin entleert hat.

3. CHAJES demonstriert einen Kranken mit **RECKLINGHAUSENscher Krankheit.**

4. CHAJES bespricht Kranke mit **Alopecie** und mit **Peliosis nach Trauma.**

5. HALBERSTAEDTER demonstriert einen Kranken mit **benignem Lupoid (BOECK)**; derselbe trägt multiple grofse Drüsen. Die Affektion hatte sich in wenigen Wochen unter Arsentropfen sehr gebessert.

6. HELLER demonstriert ein **2½jähriges Kind,** das bald nach der Geburt ein syphilitisches Exanthem zeigte und jetzt seit einem Jahre eine **linksseitige Hemiplegie** hat. W —, ebenso bei der Mutter, die schon ein todfaules Kind geboren hat. Beim Vater W ±. Die Ursache der Lähmung ist wohl eine Blutung bei Encephalitis. Es bestand nie Fieber.

Diskussion: E. LESSER rät zu weiterer Hg-Behandlung. MOSSE hält die syphilitische Natur der Lähmung nicht für absolut bewiesen, rät zur Feststellung des Lymphocytengehalts des Lumbalpunktats. LEDERMANN kennt Hemiplegien nach Influenza.

7. H. ISAAC demonstriert einen Fall von **Dermatitis herpetiformis.**

8. H. ISAAC demonstriert ein kleines Mädchen mit grofsen, bis auf den Knochen reichenden **Armgeschwüren,** die aus einer Geschwulst entstanden (vor 7 Monaten). Erstaunliche Besserung auf Jodkalium. Andeutung HUTCHINSONscher Zähne. W —.

9. HELLER demonstriert im GOLDSCHMIDTschen Urethroskop einen **Polypen der hinteren Harnröhre.**

10. ARNDT demonstriert einen Fall von **Lichen nitidus.** Dabei war die PIRQUETsche Reaktion negativ, der Tierversuch negativ, es fanden sich aber tuberkelbazillenartige säurefeste Stäbchen.

11. ARNDT demonstriert einige mikroskopische Präparate von **Lupus miliaris** mit Aknitis. In 160 Schnitten fand er an vier Stellen **Tuberkelbazillen,** mit MUCHscher Färbung viele GRAM-positive Granulastäbchen, im Antiforminpräparat viele MUCHsche Granula, vereinzelte ZIEHL-rote Stäbchen.

12. BLASCHKO demonstriert lebendgefärbte Spirochaeta pallida (MEIROWSKYS Methode). Die Präparate halten sich lange.

13. DREUW demonstriert einen Apparat zur **Wasserdruckvibrationsmassage der Haut** und einen modifizierten **Kathetersterilisator,** in welchem die Katheter zugleich getrocknet werden können.

14. DREUW demonstriert einen Kranken mit **zwei Primäraffekten am Bauch.**

15. FR. FISCHER demonstriert eine neue Trichophytonart, **Trichophyton griseum,** sowie andere Arten, namentlich Tr. cerebriforme.

Diskussion: DREUW bespricht die Trennungsmethoden der Hautpilze und seine feuchte Kammer. CHAJES findet das Tr. cerebriforme in Berlin häufig. SABOURAUDS Zucht- und Trennmethode ist die einfachste.

16. ADLER demonstriert mikroskopische Präparate von **Bromoderma.**

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band I, Heft 6.

1. **Falsche Wege,** von F. Leguèu. Darstellung der Momente, die zur Entstehung falscher Wege in der Harnröhre Veranlassung geben, der Folgen, der Diagnose und der Therapie der Fausses routes.

L. empfiehlt, wenn im Laufe der Behandlung, bei Dilatationen oder Spülungen der Urethra, ein falscher Weg entstanden und auch ein zweiter, mit geeigneterem Katheter und mit noch gröfserer Vorsicht unternommener Versuch in die Blase zu gelangen, mifsglückt ist, zunächst auf die Einführung des Instruments zu verzichten; nur bei starker Blutung oder bei zweifelloser Infektion des Kranken mufs ein Verweilkatheter in die Blase gebracht werden. Ist die Harnröhre infolge eines falschen Weges im perinealen oder im Prostatateil undurchgängig geworden und besteht Harnretention und Distension der Blase, dann wird die Blase punktiert und nötigenfalls später die Urethrotomia externa ausgeführt; bei Kranken mit Fieber, trockener Zunge und schlechtem Allgemeinbefinden ist, wenn der falsche Weg in der Pars prostatica liegt, die Cystotomie der Blasenpunktion vorzuziehen.

Die Abhandlung ist Ls *„Traité chirurgical d'urologie"* entnommen.

2. **Indikationen und praktischer Wert der Pyelotomie für die Entfernung der Steine des Nierenbeckens, dargestellt auf Grund von 103 Beobachtungen,** von Charles Périneau-Paris.

Die Sectio alta bei leerer Blase, von F. Lastaria-Neapel. L. hat bisher in 28 Fällen, die Kranke im Alter von 2—70 Jahren betrafen, die Sectio alta bei leerer Blase vorgenommen und dabei nur gute Erfahrungen gemacht. Die Eröffnung des Peritoneums läfst sich auch bei leerer Blase mit Sicherheit vermeiden, wenn in Beckenhochlagerung operiert wird. Man inzidiert über der Symphyse in der Linea alba in einerAusdehnung von 6—8 cm, drängt Muskeln, Faszien und Bindegewebe auseinander und hat dann das Peritoneum vor sich, das bedeckt von der Aponeurosis umbilicovesicalis im Bogen zum oberen Symphysenrand oder hinter die Symphyse verläuft; durch einen kleinen Druck mit dem nach hinten gekrümmten Zeigefinger wird die Aponeurose an ihrer Ansatzstelle eingerissen, das Peritoneum von der Blase losgelöst und diese eröffnet.

Das Verfahren hat vor der üblichen Methode der Sectio alta bei gefüllter Blase den Vorzug der gröfseren Einfachheit. Das Füllen mit Luft oder Flüssigkeit erfordert Zeit und besondere Instrumente und kann, wenn auch nur in Ausnahmefällen, bei Überdehnung der Blase zur Ruptur führen oder durch Steigerung der venösen Hyperämie eine bestehende Entzündung verschlimmern; all das kommt bei dem Verfahren L.s nicht in Betracht.

4. **Gonokokken und Pseudogonokokken,** von Lucien Wormser. Rousseau hat im Jahre 1905 unter dem Namen Micrococcus fallax einen Pseudogonococcus beschrieben, der als der Erreger zahlreicher chronischer Urethritiden anzusehen ist. Es handelt sich nach Rousseaus Mitteilung um einen fakultativ anaëroben Diplococcus, der sich bei einer Temperatur zwischen 20 und 41°, am besten bei 37° entwickelt, in seiner Gestalt durchaus dem Gonococcus gleicht, wie dieser intra- und extracellulär — nach W.s Beobachtungen allerdings nur extracellulär — gelagert ist und sich nach

Gram entfärbt; nur die Kulturen entnommenen Kokken entfärbten sich nicht. Für Meerschweinchen ist er anscheinend nicht pathogen, durch alkalische Lösungen wird er leicht zerstört. Urethritiden, die durch diesen Micrococcus fallax verursacht sind, werden nach den Erfahrungen W.s durch Spülungen mit 2—8⁰/₀₀ger Lösung von Natrium carbonicum rasch zum Verschwinden gebracht.

Wenn über die Natur einer chronischen Urethritis trotz bakteriologischer Untersuchung Zweifel bestehen und die Anlegung von Kulturen nicht möglich ist, dann wird man jedenfalls im Laufe der Behandlung Klarheit gewinnen. Gegen die Urethritis und ihre Komplikationen wird in der üblichen Weise mit Spülungen, Instillationen, Dilatationen, Prostatamassage usw. vorgegangen. Halten sich in irgend einem Schlupfwinkel noch Gonokokken auf, so kommen sie bei den durch die Behandlung hervorgerufenen Exazerbationen im Sekret sicher zum Vorschein; enthält das Sekret aber niemals Gonokokken, dann sind auch keine mehr vorhanden, ein in solchen Fällen nach Beendigung der Behandlung fortbestehender Ausfluſs ist durch Pseudogonokokken bedingt. Daſs diese, wie einige Autoren annehmen, modifizierte, weniger virulente Gonokokken seien, die bei ihrem Träger nur leichte, unbedeutende Erscheinungen bewirken, dagegen auf einen anderen Menschen übertragen eine akute Blennorrhoe erzeugen können, glaubt W. nicht.

Heft 7.

1. **Über die Pathogenese der renalen Hämaturien,** von B. Motz.

2. **Bemerkungen über einen Fall von Hydronephrose, ungewöhnlicher Verschluſs des Ureters,** von E. Hauch- und J. E. Lohse-Kopenhagen. Bericht über einen Fall von linksseitiger Hydronephrose, die sich im Laufe einer Gravidität bei einer 32jährigen Frau entwickelt hatte; die kranke Niere wurde samt einem 6 cm langen Stück des Ureters exstirpiert. Der Nierensack enthielt einen erbsengroſsen Oxalatstein, die obere Partie des mitentfernten Harnleiterstückes war erweitert, darunter war das Lumen des Ureters durch eine eigentümliche, weiche Masse ausgefüllt, die auf dem Durchschnitt gelblich gefärbt erschien. Die Schnitte dieser Masse lieſsen bei schwacher Vergröſserung kristallinische, strukturlose, strahlenförmig um verschiedene Zentren angeordnete Gebilde erkennen, das Stroma bestand aus einem Bindegewebsnetz, das zahlreiche, groſse, zum Teil mehrkernige, an Osteoblasten erinnernde Zellen und eng aneinander liegende Kapillaren aufwies; auch zwischen den strahlenförmigen Zügen waren Kapillargefäſse zu sehen. Zeichen von Entzündung waren nicht vorhanden; bei der Untersuchung mit dem Polarisationsapparat fanden sich nirgends wirkliche Kristalle. Wahrscheinlich war die Masse ein Ureterstein, der durch Halisterese seiner Salze beraubt und durch die den Osteoblasten ähnlichen Zellen zum Teil resorbiert worden ist, während die Vaskularisation eine teilweise Organisation bewirkt hat. Ein derartiger Vorgang ist im menschlichen Körper bisher noch nicht festgestellt worden; dagegen hat Ebstein im Experiment gezeigt, daſs die anorganischen Elemente eines Nierensteines sich auflösen lassen, bis nur mehr eine organische Masse von kristallinischer Form übrig bleibt. Die Halisterese war in dem beschriebenen Falle wohl durch die Schwangerschaft verursacht.

3. **Bemerkung über die pathogenetische Bedeutung der anormalen Arterien der Niere,** von Alf. Pousson. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

7. Jahrgang. Nr. 37.

1. **Die transvesikale Prostatektomie bei der Prostatahypertrophie,** von Gallois-Lille. Beschreibung der Technik der transvesikalen Prostatektomie und Mit-

teilung dreier nach der Methode FREYERS operierter Fälle. G. ist gleich den meisten Chirurgen der Ansicht, daſs die transvesikale Prostatektomie im allgemeinen das beste Verfahren bei Prostatahypertrophie ist; die perineale Prostatektomie kommt nur noch in seltenen Fällen unter ganz bestimmten Indikationen in Frage.

2. **Ein neuer Fall von Fremdkörpern in der Harnblase des Weibes,** von GIULIO URBINO - Florenz. Bei einem 16jährigen Mädchen, das seit drei Jahren an kontinuierlichem unfreiwilligen Harnabgang litt, stellte U. zuerst mittels Sondierung und dann durch Röntgenbestrahlung das Vorhandensein eines Steines im Blasenhals und einer Haarnadel in der Blase fest. Bei der Vornahme der Sectio alta fand sich eine starke Pericystitis, das Peritoneum war mit der Auſsenwand der Blase fest verwachsen. Die eine Hälfte des Haarnadel war stark inkrustiert, ihre beiden Spitzen staken tief in der Blasenwand; jedenfalls haben sie sich ganz langsam hineingebohrt und dadurch eine schleichende Entzündung, eine allmählich zunehmende Pericystitis erzeugt; hätten sie auf einmal die Blasenwand durchstochen, so wäre wohl eine Peritonitis eingetreten. Der Stein bestand aus Phosphaten; er ist zweifellos aus einem abgebröckelten Stück der einen Teil der Haarnadel umgebenden Konkretionen hervorgegangen. — Das Mädchen gestand, daſs die Haarnadel vor $3^1/_2$ Jahren beim Masturbieren in die Blase hineingelangt ist.

3. **Entfernung eines in der Urethra abgebrochenen Katheters mittels Urethrotomia externa,** von MARCEAU BILHAUT-Paris. Kasuistische Mitteilung, die nichts Neues enthält.

4. **Fall auf das Perineum, traumatische Striktur, Urethrotomia externa ohne Führungssonde,** von A. ETIENNE-Toulouse. Kasuistische Mitteilung und kurze Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden, die zur Beseitigung der traumatischen Harnröhrenstrikturen in Betracht kommen. Neues wird dabei nicht vorgebracht.

5. **Die eingeheilten Blasensteine beim Weibe,** von ERNST R. W. FRANK-Berlin. Bei einer 50jährigen Frau, die schon längere Zeit über Harnbeschwerden klagte, bereits mehrmals beim Stuhlgang mit dem Harn kleine Steine entleert hatte und seit einiger Zeit an kontinuierlichem unfreiwilligen Harnabgang litt, fand FR. bei der cystoskopischen Untersuchung im unteren hinteren Blasensegment einen fixierten Stein; der tropfenweise ausflieſsende Harn war ammoniakalisch zersetzt und stark eiterhaltig. Der Stein wurde nach Eröffnung der Blase mittels Sectio alta entfernt, er wies auf seiner unteren Fläche einen spornförmigen Fortsatz auf. Von der hinteren Blasenwand führte oberhalb der Vagina eine ganz enge, narbige Öffnung in einen Divertikel, der vier Steine enthielt; einer dieser Steine, die nach Erweiterung der Kommunikationsöffnung herausgenommen wurden, hatte ebenfalls einen spornförmigen Fortsatz, dessen Ende genau auf den Fortsatz des Blasensteines paſste; die beiden Steine waren zweifellos durch diesen Fortsatz fest miteinander verbunden gewesen. — Bei der Frau war vor mehreren Jahren infolge einer vaginalen Hysterektomie eine Blasenscheidenfistel entstanden, die zunächst mit Kauterisierungen erfolglos behandelt und erst durch wiederholte Operationen zum Verschluſs gebracht worden war. Zweifellos ist infolge dieser verschiedenen Eingriffe ein Teil der Blasenschleimhaut narbig an der Auſsenwand des Rektums fixiert worden; in dem Divertikel, der auf diese Weise zu stande kam, bildeten sich Steine, von denen einer in die Blase hineinwuchs.

Götz-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1910. Heft 2.

Enthält die Fortsetzung des **Berichtes über die XI. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis.** Es wurden folgende Vorträge gehalten:

LOMBARDO: Vom Pigment der Trichophytie im parasitären Leben.

MAJOCCHI: Letzte klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über Granuloma trichophyticum.

RADAELI: Einzelner Fall von Keratoma palmare et plantare.

VIGNOLO-LUTATI: Über einen Fall von Alopecia periodica.

SIMONELLI: Intravenöse Inokulationen blennorrhoischen Eiters beim Kaninchen.

DALLA FAVERA: Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare.

ERCOLI: Über einen Fall von Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen. — Über einen Fall von universeller Sklerodermie mit Cirrhosis hepatis.

PELAGATTI: Über eine noch nicht beschriebene Varietät des Mikrosporon.

VERROTTI: Über einen Fall von Lupus erythematosus diffusus.

PECORI: Über Dermatosen durch zu kosmetischen Zwecken gebrauchtes Paraphenylendiamin.

TRUFFI: Ein Fall von Lepra in Savona.

BREDA, VIGNOLO LUTATI, BERTARELLI, CAMPANA, MANTEGAZZA: Notwendigkeit der Prophylaxe gegen Lepra in Italien.

SERRA: Beitrag zum Studium des Bacillus HANSEN.

RIVALTA: Wichtigkeit des Studiums der Simulationen bei Hautkrankheiten.

DEFINE: Lichen planus obtusus.

LANZI: Psoriasis mit Atoxyl behandelt.

CARUCCIO: Meningo-myelitis specifica.

VIGNOLO-LUTATI: Zwei Fälle Morbus RECKLINGHAUSEN.

SEGRÈ GIORGIO: Ein Fall von Bromoderma tuberosum nach „Bromural".

GARIBALDI: Gute Erfolge bei Urethritis chronica mit einer neuen doppelläufigen Kanüle. — Versuche von Inokulation leprösen Materials in den Testikel eines Schafbocks.

MAZZA: Polymorphes blasiges Erythem mit Ausgang in Ulceration.

ERCOLI: Zwei atypische Fälle von Psoriasis. — Drüsenatrophie in Folge neoplastischer und chronisch-entzündlicher Prozesse des Präputium.

Zur raschen Imprägnierung der Spirochaeta pallida im Gewebe, von MINASSIAN. Das Verfahren ist folgendes: 1. Fixation in 10 %igem Formol. 2. 24 Stunden bei 33—35° in folgender Lösung: Arg. nitr. 1,5, Formol 5, Alkohol 50,0. 3. Reduktion in: Acid. pyrogall. 3,5, Formol 10,0, Alcohol. absol. 100,0. *Haas-Hamburg.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XIV, Nr. 5.

Blasengeschwülste und ihre chirurgische Behandlung, von FRANCIS S. WATSON-Boston. Klinische Studie.

Können wir die Prostitution beseitigen, sollen wir sie ignorieren oder müssen wir sie reglementieren? Von VICTOR G. VECKI-San Francisco. Der Verfasser spricht sich für die absolute Notwendigkeit der Kontrolle der Prostituierten aus.

Die Beziehungen der Hautkrankheiten zur Lebensversicherung, von C. H. HARBAUGH-Philadelphia. Der Verfasser bewertet selbst Psoriasis vulgaris und Ekzem in schweren Fällen als ungünstigen Umstand für eine Lebensversicherung.

Geschlechtskrankheiten und Heirat, von FERDINAND C. WALSH-San Antonio. Bei den schweren Folgen der Geschlechtskrankheiten für die Ehe ist nachdrücklichst die Infektionsmöglichkeit von jeder Erlaubnis zur Heirat auszuschliefsen.

Die Diagnose der Prostataveränderungen, von LOUIS E. SCHMIDT - Chicago. Klinische Studie.

Band XIV, Nr. 6.

Pellagra, von ADOLPH J. DELCOURT-Houma.

Die Beziehungen des allgemeine Praxis treibenden Arztes zur Therapie der Geschlechtskrankheiten, von DANIEL E. GARDNER-Massillon. Hinweis auf fehlerhafte Untersuchung und ungenügende Behandlung seitens schlecht ausgebildeter praktischer Ärzte.

Erythema scarlatinoides, von SAMUEL HORTON BROWN-Philadelphia. Krankheitsbericht eines Falles, der im 18., 23. und 28. Jahre ein scharlachförmiges Exanthem bekam, welches von dem zuerst den Kranken behandelnden Arzt als Scharlach diagnostiziert wurde.

Die Geschlechtskrankheiten — eine Gefahr für das Volkswohl, von ABRAHAM L. WOLBARST-New York.

Toxine, Serumtherapie und Vaccination, von JOHN J. GAYNOR - Los Angeles. Zusammenstellende Übersicht.

Unklare Hautkrankheiten, die zuweilen dem allgemeinen Praktiker begegnen, von GEORGE P. HAMMER-Lynchburg. Der Verfasser wendet sich dagegen, dafs unklaren und atypischem Hautleiden sogleich eine neue Bezeichnung zugelegt wird oder ihnen ein Platz in bestimmten Krankheitsgruppen zugewiesen wird.

Die Verantwortlichkeit bei der Heilung der Geschlechtskrankheiten, von IRVING D. STEINHARDT-New York.

Die Behandlung der Parasyphilis des Nervensystems im Lichte der modernen Forschung, von TOM A. WILLIAMS-Washington. Der Verfasser berichtet von einer Reihe von Fällen von Paresen und Tabes dorsalis auf luetischer Grundlage, bei denen er mit Hg-Injektionen gute Erfolge hatte. *Schourp-Danzig.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIX. April 1910.

I. **Zur Ätiologie der „Pyodermites"**, von Prof. SELENEW. Krankenbeobachtungen wie bakteriologische Untersuchungen einer Reihe von Fällen von LELOIRschen „Pyodermites" führten den Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Unter dem Namen „Pyodermites" sind nicht nur die durch die gewöhnlichen eitererregenden Staphylokokken und Streptokokken, sondern auch die durch die übrigen pflanzlichen und tierischen Parasiten hervorgerufenen pustulösen Affektionen der Haut zu verstehen, da das klinische Bild das gleiche ist.

2. Die „Pyodermites" können daher verursacht werden: a) durch die bekannten, eitererregenden Kokken, Strepto- und Staphylokokken, b) durch andere Kokken und Diplokokken (in den SELENEWschen Fällen: Micrococcus ureae, gonokokkenähnlicher Diplococcus), c) durch einen noch nicht beschriebenen Parasiten von bakteriellem Typus, der verhältnismäfsig oft bei septischen Prozessen vorkommt, d) durch ein Gemisch von Kokken, Stäbchen und Spirochäten, e) durch pflanzliche Parasiten vom Typus der Schimmelpilze (Aspergillus, Mucor, Sporotrix usw.), f) durch pflanzliche Parasiten vom Typus der Hefepilze (Blastomycosis, Diabetiden, Panaritien usw.), g) durch tierische Parasiten (Protozoen, Amoeben, Heliozoen).

3. Die Möglichkeit der Bildung von Hautpusteln auf chemischem (toxischem)

Wege ist nicht ausgeschlossen. Derartige chemische Eiterungen können sich wahrscheinlich bei allen kachektischen Zuständen der Haut ausbilden (bei Syphilis, Blennorrhoe, Tuberkulose, Malaria, verschiedenen nervösen Erkrankungen, verschiedenen Ernährungsstörungen, Metamorphosen usw.). Der allgemeine Körperzustand bildet in diesen Fällen nicht nur ein Moment, welches die eitrige Infektion begünstigt, sondern welches auch die pustulösen Veränderungen der Haut hervorruft, die nach Ansicht des Verfassers eine flüssige Nekrose der Gewebe darstellen, in welcher die Schutzkörper des Organismus, die Phagocyten, weifsen Blutkörperchen usw. in grofser Menge untergehen.

II. **Ein Fall von Blastomykose der Haut**, von Meleschko. In dem beschriebenen Fall fand sich bei einem 16jährigen Knaben ein blastomykotischer Herd auf dem linken Gesäfs. M. zählt seinen Fall zum dritten Typus der Löwenbach-Oppenheimschen Einteilung der Blastomykosen.

III. **Zur Frage der geschlechtlichen Befriedigung, der venerischen Krankheiten, wie der Onanie bei der lernenden Jugend**, von Privatdozent Favre. Die von Favre an verschiedenen Charkower Hochschulen vorgenommene Enquete, welche 1298 brauchbare Antworten erbrachte, hat ihn zu folgenden Schlüssen geführt:

1. Die lernende Jugend beginnt mit dem Geschlechtsverkehr gröfstenteils (in 67%) schon vor dem Eintritt in die höheren Lehranstalten. Der Verlust der Unschuld geschieht gröfstenteils im 17. Lebensjahr, während ein mehr oder weniger regelmäfsiger Geschlechtsverkehr zwei Jahre später aufgenommen wird.

2. Der Prozentsatz der geschlechtlichen Erkrankungen ist bei der lernenden Jugend ein hoher, die Erkrankungen an Tripper werden in 47,2%, an weichem Schanker in 10,8% und an Syphilis in 6,9% der beantworteten Fragebogen verzeichnet.

3. Die Anzahl der Erkrankten steigt von Jahr zu Jahr der Studienzeit, so dafs die Erkrankungsziffer unter den verschiedenen Altersgruppen eine verschiedene ist.

4. Als Infektionsquelle für die Jugend dienen vorwiegend die Prostituierten und zwar in Charkow öfter diejenigen aus den öffentlichen Häusern, als die einzeln lebenden. Aber auch die Bedienung spielt eine grofse Rolle.

5. Die Onanie ist eine sehr häufige Erscheinung (64,1%), besonders unter den Lernenden der mittleren Lehranstalten. Mit der Onanie wird begonnen, sobald die Geschlechtsreife auftritt, am häufigsten ist sie im 15. Lebensjahr.

IV. **Ein ausgebreitetes Condyloma acuminaticum circa anum und Spirochaeta refringens**, von Parfénenko. Der 27jährige Kranke von Parfenenko mit einer aus spitzen Condylomen bestehenden, ausgebreiteten Geschwulst am After verneinte Tripper oder Syphilis gehabt zu haben. In dem Sekret der Geschwulst konnte die Spirochaeta refringens in grofser Menge nachgewiesen werden, aufserdem fanden sich aber noch andere Gebilde von Kokken- und Stäbchenform.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres, von P. H. Gerber-Königsberg. (Zweite Auflage. Verlag von S. Karger, Karlstr. 15. Berlin 1910.) Das nunmehr in zweiter Auflage vorliegende Werk, das schon in der ersten viel Beifall fand, hat der Verfasser gänzlich umgearbeitet und bedeutend vermehrt. Nicht nur in

ätiologischer Beziehung mufste er die einzelnen Kapitel dem heutigen Stande der Syphilisforschung anpassen, sondern auch die klinischen Tatsachen mufsten infolge der reichen rhinolaryngologischen und otologischen Durchforschung des Gebietes neu bearbeitet werden.

Das Buch ist anziehend geschrieben und liefert auch dem Dermatologen manches Neue, besonders in den Kapiteln, welche über Krankheitsformen handeln, die mehr dem Laryngo-Otologen zu Gesichte kommen. Ich erinnere nur an die luetischen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, des Kehlkopfes und des Ohres. Die Tafeln sind fast vollständig durch neue ersetzt und geben eine reichliche Illustrierung des Textes. Von Wert ist auch das aufserordentlich ausführliche Literaturverzeichnis.

Gunsett-Strafsburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Welche Aufschlüsse gibt uns die Seroreaktion über das Colles-Baumèssche und das Profetasche Gesetz? von Fr. Bering-Kiel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.) Die Seroreaktionen bei Syphilis haben erwiesen, dafs die Mütter, die syphilitische Kinder gebären, nicht immun gegen Syphilis, sondern latent syphilitisch sind, dafs ferner die Kinder syphilitischer Mütter nicht immun gegen Syphilis, sondern syphilitisch oder gesund sind. Somit besteht weder das Colles-Baumèssche noch das Profetasche Gesetz zu Recht. *Götz-München.*

Die Serotherapie, die Seroprophylaxe und die Impfung bei Maul- und Klauenseuche und deren Wert für die Veterinärpolizei, von F. Loeffler-Greifswald. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 48.) Referat erstattet auf dem IX. internationalen tierärztlichen Kongrefs im Haag (September 1909) mit folgenden Schlufssätzen:

1. Die Maul- und Klauenseuche gehört zu den Immunität hinterlassenden Krankheiten. 2. Die Dauer der Immunität ist verschieden; sie hängt ab von der Intensität der Erkrankung und von der Virulenz des Virus. 3. In dem Blute der durchseuchten Tiere lassen sich wirksame Antikörper nachweisen. 4. Es ist möglich, die Menge der wirksamen Antikörper durch Behandeln von Pferden und Rindern mit steigenden Mengen hochvirulenter Lymphe erheblich zu erhöhen. 5. Der Mafsstab für die Virulenz der Lymphe ist die Dosis, die Ferkel von vier bis fünf Wochen bei intravenöser Injektion in zwei bis drei Tagen zu töten vermag. 6. Der Wirkungswert des Serums wird ermittelt an Ferkeln und Jungrindern entweder durch Serum-Lymphegemische oder durch Vorbehandeln der Tiere mit Serum und 24 Stunden später erfolgende Lympheeinspritzungen. 7. Mit Hilfe hochwertigen Serums kann die Seuche in infizierten Schweine- und Schafbeständen kupiert werden. 8. Durch die Serumbehandlung werden die zahlreichen Todesfälle unter Schweinen, Schafen und Kälbern mit Sicherheit verhütet. 9. Vermutlich werden auch die Todesfälle unter erwachsenen Rindern in bösartigen Seuchegängen durch die Serumbehandlung verhütet. 10. Durch die Serumbehandlung der erkrankten Rinder wird der Verlauf der Erkrankung gemildert und abgekürzt, und es werden die durch die Seuche bedingten Schädigungen ganz erheblich vermindert. 11. Der Hauptwert des von Rindern gewonnenen Serums liegt in dessen prophylaktischer Wirkung. 12. Aktive Immunität kann auf verschiedene Weise, durch abgeschwächte Lymphe oder durch kombinierte Anwendung von Serum

und Lymphe erzielt werden. 13. Die aktive Immunisierung bedingt Infektionsmöglichkeiten. Ein erheblicher aktiver Schutz ist erst nach etwa fünf Wochen erreichbar. Deshalb stehen der praktischen Anwendung der aktiven Immunisierung Bedenken entgegen. 14. Ungefährlich ist nur die passive Immunisierung mit Serum. Der Serumschutz tritt sofort ein, währt aber durchschnittlich nur etwa 14 Tage. 15. Durch etwa alle zehn Tage wiederholte Einspritzungen relativ kleiner Serummengen läfst sich der Serumschutz beliebig lange erhalten. 16. Die Serumprophylaxe hat sich in der Praxis in verschiedenen Seuchegängen bewährt. 17. Die Serumschutzimpfung kann gute Erfolge nur zeitigen in Verbindung mit strengsten veterinärpolizeilichen Mafsnahmen gegenüber den infizierten Gehöften. 18. Das Serum schützt nur gegen Infektionen mit relativ kleinen Mengen Infektionsstoff. 19. Die natürliche Übertragung von Gehöft zu Gehöft erfolgt durch kleine Mengen frischer Lymphe, die durch Zwischenträger, besonders von Menschen, aber auch von Tieren verschleppt werden. 20. Auf den Gehöften fehlt es in der Regel an sachverständigem Personal, das alle Übertragungsmöglichkeiten kennt und verhütet und namentlich die fortlaufende Desinfektion ausführt. 21. Auf den Gehöften sind deshalb geprüfte und genau instruierte Desinfektoren zu installieren, die die Anordnungen der die Bekämpfung leitenden Veterinärbeamten auszuführen haben. 22. Auf allen ansteckungsverdächtigen Gehöften ist die Serumschutzimpfung durchzuführen. 23. Regelmäfsige Revisionen dieser Gehöfte durch Sachverständige sind unbedingt notwendig. 24. Eines der wichtigsten Forschungsergebnisse über die Maul- und Klauenseuche ist die Feststellung der Tatsache, dafs, wie bei zahlreichen menschlichen Infektionskrankheiten, so auch bei der Maul- und Klauenseuche sogenannte Dauerausscheider vorkommen. 25. Die Zahl der Dauerausscheider scheint gering zu sein. 26. Wie lange die Dauerausscheider das Virus ausscheiden können, ist noch nicht ermittelt. Nach den bisherigen Erfahrungen sind noch bis sieben Monate nach Ablauf der Seuche Neuinfektionen durch sie bedingt worden. 27. Ein Verfahren, die Dauerausscheider zu ermitteln, ist bisher noch nicht bekannt. 28. Durchseuchte Tiere sind mindestens sieben Monate lang unter Überwachung zu stellen. Sie dürfen nicht in den Handel gebracht und müssen von gesunden Tieren getrennt gehalten werden. 29. Ist die Trennung nicht möglich, so sind die gesunden Tiere unter Serumschutz zu stellen. 30. Im Hinblick auf die durch die Serumtherapie zu erwartende Verminderung der den Besitzern aus der Seuche erwachsenden Schädigungen und weiter im Hinblick auf die von der Serumschutzimpfung zu erhoffende Verminderung der Ausbreitung der Seuche ist von dem preufsischen Landwirtschaftsminister die Errichtung einer Maul- und Klauenseuche-Serumgewinnungsstation auf einer kleinen, einsamen Insel in der See in die Wege geleitet. 31. Es ist zu hoffen, dafs, wenn die Kombination strengster veterinärpolizeilicher Mafsnahmen mit der Serumtherapie und der Serumprophylaxe sich bewährt, auch andere Kulturstaaten diesem Beispiel folgen werden, und dafs es dann gelingen wird, die gewaltigen Seuchengänge mit ihren enormen Verlusten zu verhüten.

Götz-München.

Über die Steigerung der hämolytischen Fähigkeit des Serums, von D. Embleton und H. B. Shaw-London. (*Brit. med. Journ.* 30. Okt. 1909.) Um die Frage zu entscheiden, ob es möglich ist, die hämolytische Kraft des Serums zu steigern, haben Verfasser eine gröfsere Reihe von Untersuchungen an Kaninchen ausgeführt, denen sie bestimmte Mengen von Leber- resp. Nierensubstanz anderer, frisch geschlachteter und entbluteter Kaninchen beibrachten. Diese ausführlich beschriebenen Beobachtungen ergaben, dafs auf diese Weise allerdings das Blut eine Steigerung seiner hämolytischen Fähigkeit erfährt. Ferner bemerkten Verfasser, dafs die hemmende Wirkung der verschiedenen Organe graduell verschieden ist, indem die stärkste

Hemmung von dem Nierenextrakt ausgeübt wurde, die schwächste von der Leber, während Milz und Herz, einander ziemlich gleich, zwischen den beiden stehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bildung komplementbindender Antikörper durch Fette und Lipoidkörper, von Hans Kleinschmidt-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 2.) Die bei Lepra therapeutisch angewandten Fettsubstanzen Nastin und Chaulmoograöl rufen, Leprösen subcutan injiciert, die Bildung komplementbindender Antikörper hervor. Die Bildung der Antikörper ist wahrscheinlich auf den kranken Organismus beschränkt. Die Reaktion mit Nastin sowohl als Chaulmoograöl ist spezifisch.

Arthur Schucht-Danzig.

Das Verhalten des Komplements bei der Komplementbindungsreaktion, von Michaelis und Skwirsky-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Morgenroth-Ferrata zerlegte das Komplement durch Dialyse, wobei ein Niederschlag von Globulin entsteht, welcher das eine Stück des Komplements enthält, während da andere Stück in der klaren Flüssigkeit bleibt. Der Körper im Niederschlag bindet sich nach Brand an die roten Blutkörper und wird Mittelstück genannt im Gegensatz zu dem Endstück, das heifst dem nach der Dialyse gelöst bleibenden Teil. Die Autoren zeigten nun, dafs die klaren Abgüsse von positiv ausgefallenen W.schen Luesreaktionen die Fähigkeit haben, persensibilisierte Blutkörperchen in wenigen Minuten vollkommen zu lösen. „Damit ist der Beweis erbracht, dafs bei der positiv ausfallenden W.schen Reaktion nicht das ganze Komplement, sondern nur das Mittelstück gebunden wird.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

Vielfache Bindungseigenschaften des Komplementes einiger Sera (Leprakranker) und ihre Bedeutung, von Frugoni und Pisani-Florenz. (*Berl. klin.* Wochenschr. 1909. Nr. 33.) Zwölf Seren Leprakranker wurden auf Komplementablenkung aufser mit 1. alkoholischem Leberextrakt untersucht mit Extrakt aus 2. Lepraknötchen, 3. Sarkom, 4. Carcinom. Ferner mit 5. Tuberkulin, 6. Kochscher Bazillenemulsion, 7. immunisiertem Tuberkelserum Höchst.

In mehr als der Hälfte der Fälle trat mit Lepromextrakt Komplementbindung ein. In mehr oder weniger grofser Zahl ergaben auch die Untersuchungen mit den übrigen „Antigenen“ Komplementverankerungen. Das Blutserum von Leprakranken zeigt also viele singuläre biologische Eigenschaften, die bis jetzt weder an Kranken noch Gesunden konstatiert wurden.

Der Nachweis eines Antituberkulins im Serum Leprakranker scheint den Autoren die Idee von Wassermann und Bruck zu erläutern, warum die Leprösen, wenn sie auch nicht tuberkulös sind, bei der Injektion von Tuberkulin mit Fieber reagieren.

Arthur Schucht-Danzig.

Die praktische Verwertung der Komplementbindungsreaktion, von H. Lüdke-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 26.) Diese Untersuchungen L.s erstrecken sich auf verschiedene Affektionen, Tuberkulose, Typhus, Lues usw. In Bezug auf Scharlach hatte er gelegentlich auch positive Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion zu verzeichnen. Die Verwendung von Lezithin ergab weniger zuverlässige Resultate, und für die Diagnose der Lues fand Verfasser die ältere Wassermannsche Vorschrift am zweckmäfsigsten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Prinzipien und Technik der Reaktionen nach Wassermann und Noguchi und deren klinischer Wert, von D. M. Kaplan-New York. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Jan. 1910.) Enthält nichts wesentlich Neues.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die verschiedenen Modifikationen der Wassermannschen Reaktion, von F. Hoehne-Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Eingehende

Besprechung der Modifikationen. Autor ist überzeugt, dafs die Wassermannsche Reaktion bisher durch keine Modifikation übertroffen ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Mitteilungen zur Wassermannschen Reaktion, von Rudolf Ehrmann und Henny Stern-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) Lebern von akuter gelber Leberatrophie geben ebenso brauchbare wässrige Extrakte wie Auszüge aus fötaler Lues. Vermutlich sind hierbei Maceration und Autolyse mafsgebend. Weitere Einzelheiten über Extraktbestandteile usw. sind im Original einzusehen.

Arthur Schucht-Danzig.

Leichensera und die Wassermannsche Reaktion, von Rudolf Krefting-Christiania. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Kr. hat bei 113 Leichenseren die Wassermannsche Reaktion geprüft und unter 96 Fällen, in denen Lues mit Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte, 24 mal (je 6 mal bei Tuberkulose und Arteriosklerose, 5 mal bei Tumoren, je 2 mal bei Pneumonie, Diphtherie und Sepsis und 1 mal bei Nephritis) positiven Ausfall festgestellt. Die Wassermannsche Reaktion ergibt also bei Leichenseren irreführende Resultate; sie ist eben, wie Bruck sich ausdrückt, „keine kadaveröse, sondern eine rein biologische Reaktion". Daran ändert auch die Tatsache nichts, dafs Kr. bei den Seren von 19 Leichen mit anatomisch nachweisbaren syphilitischen Veränderungen positive Reaktion erzielte.

Götz-München.

Notiz zur Theorie und Praxis der Wassermannschen Reaktion, von E. Jacobsthal-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 13.) Von dem Gedanken ausgehend, dafs die Adsorption des Komplements durch Kälteeinwirkung sich werde steigern lassen, tauchte J. eine Reihe von Röhrchen nach dem Beschicken mit Serum, Extrakt und Komplement einen Augenblick in Eiswasser und stellte sie auf $^3/_4$ Stunden bis $1^1/_2$ Stunden bei 4° C in den Eisschrank. Kontrollpräparate, welche ohne diese Abkühlung behandelt wurden, lieferten um 2% weniger gute Resultate.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Wassermannsche Reaktion mit chlorsaurem Kalium nach Brieger und Renz, von Carl Lange-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Die Methode von Brieger und Renz, welche an Stelle des Hämolysins eine Lösung von chlorsaurem Kalium verwenden, ergab nach den Versuchen Langes keine verwertbaren Resultate, da auch bei Seren von Gesunden Hemmung der Hämolyse eintrat.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Hemmung der Wassermannschen Reaktion durch Sublimat und über die Möglichkeit, dieselbe aufzuheben, von G. Satta und A. Donati-Turin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) Im Anschlufs an frühere Ausführungen und als Ergebnis von weiteren Prüfungen, welche hier tabellarisch mitgeteilt werden, stellen Verfasser folgende Thesen auf: Das Sublimat hemmt das Komplementbindungsvermögen der syphilitischen Sera. Die durch das Sublimat gehemmte antikomplementäre Wirkung wird durch ein geeignetes Mittel, welches das Quecksilber in eine nicht dissoziierbare Verbindung umsetzt, wieder hergestellt. Die Voraussetzung, das Verschwinden des Komplements bei der Wassermannschen Reaktion sei die Folge einer fermentativen Wirkung, findet eine Stütze in dem Umstande, dafs wohlbekannte Fermente sich gegen Sublimatzusatz und nachfolgende Behandlung mit KCN genau so verhalten, wie das syphilitische Serum. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Wassermannsche Reaktion mit Milch, von Oluf Thomsen-Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 46.) Die Milch syphilitischer Frauen ergibt sehr oft positive W.sche Reaktion, auch bei Frauen, deren Serum negativ reagierte.

Die Reaktion erscheint während der ersten zwei bis drei Tage in der Milch, dann nimmt sie, sofern die Mutter säugt, plötzlich ab und ist meist am 5.—6. Tage

post partum geschwunden. Säugt die Mutter nicht, so bleibt die Reaktion bestehen. Während der letzten Tage der Schwangerschaft ist die Reaktion wie in den ersten Tagen nach der Entbindung. Positive Reaktion der Milch nichtsyphilitischer Frauen kommt während der ersten Tage nach der Entbindung vor, aber erheblich schwächer. Bei Anwendung von weniger als 0,1 Milch ist positive Reaktion bisher nur bei Syphilitischen wahrgenommen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Wie kann der Arzt die Wassermannsche Reaktion ohne Vorkenntnisse leicht vornehmen? Von E. von Dungern-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 10.) Auf Veranlassung Ds. hat die Firma E. Merck in Darmstadt die nötigen Reagentien gebrauchsfertig hergestellt, so dafs das ganze Verfahren kurz folgendermafsen ausgeführt werden kann: Es werden zwei Reagensgläser mit je 2 ccm physiologischer Kochsalzlösung beschickt; in das eine gibt man einen Tropfen von alkoholischem Organextrakt. Dann legt man in jedes Röhrchen ein abgepafstes Stück des mit Meerschweinchenblut getränkten Komplementpapiers hinein. Dem Patienten entnimmt man etwas Blut aus der Fingerbeere und defibriniert es durch Schlagen mit einem Streichholz im Uhrglase. Vom defibrinierten Blute gibt man 0,1 ccm in die Röhrchen, schüttelt gut und läfst eine Stunde stehen. Alsdann wird eine bestimmte Menge Immunserum hinzugefügt, und nach wenigen Minuten tritt (im positiven Falle) der Unterschied in Bezug auf Agglutination und Hämolyse deutlich hervor. Diese den Nogochischen Angaben entsprechende Methode soll sehr exakte Resultate liefern. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Wassermann-Reaktion in der Praxis, von K. Doctor-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 52.) Nach Verfassers Ansicht ist eine negative Reaktion bei manifester Lues immer einem technischen Fehler zuzuschreiben; sämtliche Autoren sollten mit derselben Methode arbeiten, dann liefse sich ein Vergleich vornehmen. Oft ist Hämolysis vorhanden und ein Teil der roten Blutzellen bilden doch einen Niederschlag. In solchen Fällen weifs man nicht, ob die Reaktion für positiv oder negativ gehalten werden soll. Der Verfasser hält diese partiellen Hämolysen für positiv. Er hält es auch für ratsam unter Kontrolle zu arbeiten. Zu diesem Zwecke gebraucht er ein sicher normales, und ein sicher luetisches Serum. *Porosz-Budapest.*

Klinische Beobachtungen über die Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion und deren Kontrolle durch Sektionsresultate, von F. Glaser und G. Wolfsohn. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 46–48.) Verfasser untersuchten 106 Fälle chirurgischer Krankheiten und zirka 500 Fälle verschiedener anderer Erkrankungen mittels der Wassermannschen Reaktion und kontrollierten die serodiagnostischen Resultate durch Sektionsbefunde an 73 zur Obduktion gekommenen Fällen. Nach eingehender Besprechung der so gewonnenen Ergebnisse kommen Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Aus den Sektionsergebnissen geht heror, dafs die Wassermannsche Reaktion im Leben die richtige Diagnose angab, ohne dafs der Kranke anamnestisch oder klinisch Zeichen von Lues dargeboten hat.

2. Auch die drei negativen Sektionsresultate bei Kranken, die intra vitam eine positive Reaktion darboten, können mit einer überstandenen Syphilis in Einklang gebracht werden.

3. Findet sich bei Lebzeiten eine positive Wassermannsche Reaktion, so kann für gewöhnlich bei der Sektion ein syphilitischer Krankheitsherd nachgewiesen werden.

4. Da sich als derartige Herde auch nur Narben finden, so kann vom anatomischen Standpunkte nicht unbedingt bei positivem Ausfall der Reaktion auf ein aktives Virus geschlossen werden. Die Möglichkeit des Vorhandenseins von aktiven Spirochätenherden in solchen Fällen, z. B. in einer Lymphdrüse, kann nicht bestritten werden.

5. In derartigen Fällen von latenter Lues und positiver Reaktion, bei denen durch die Sektion nur Narben aufgefunden werden können, ist vom anatomischen Standpunkte keine Kur angebracht. Jedoch ist der Einwand gerechtfertigt, daſs an einem, dem Auge nicht zugänglichen Teile des Körpers das aktiv-syphilitische Virus seinen Sitz hat.

6. Aus dem positiven Ausfalle der Reaktion sind prognostische Schlüsse mit gröſster Vorsicht abzuleiten.

7. Der negative Ausfall der Reaktion ergibt nur Wahrscheinlichkeitsschlüsse.

8. In seltenen Fällen von Scharlach wird eine Komplementbindung erzielt; sie trat in Fällen der Verfasser bei Scharlachurämie auf.

9. Bei der Differentialdiagnose von postskarlatinöser und syphilitischer Nephritis sind die verschiedensten Antigene zu benutzen und zu achten, ob die komplementbindenden Stoffe aus dem Blute verschwinden.

10. Es ist selbstverständlich, daſs uns die Wassermannsche Reaktion als diagnostisches Hilfsmittel in der inneren Medizin sowohl auf die Hauptkrankheit, als auf einen Nebenbefund hinweisen kann. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion in der inneren Medizin, von L. Saathoff-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Gibt eine Schilderung von mehreren beachtenswerten klinischen Erfahrungen, bei denen der positive Ausfall der Reaktion Klärung brachte. Nicht zum Referieren geeignet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion bei Vorbehandlung der Sera mit Baryumsulfat nach Wechselmann, von Carl Lange-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.) L. hat in 835 Fällen (bei 551 Luetikern und 284 nicht luetischen Patienten) die Seroreaktion nach den Vorschriften Wassermanns und nach Vorbehandlung der Sera mit Baryumsulfat nach Wechselmann ausgeführt; aus den Ergebnissen zieht er folgende Schlüsse:

Die Komplementoidverstopfung kann eine Verschleierung der Wassermannschen Reaktion herbeiführen.

Durch die Wechselmannsche Methode der Behandlung der Seren mit Baryumsulfat wurden bei 551 luetischen Seren 85% positive Resultate erzielt gegen 77% bei der Wassermannschen Methode.

Die Wechselmannsche Methode ist einwandfrei, nicht luetische Seren ergeben stets negative Reaktion.

Die Inaktivierung mit Baryumsulfat bietet besondere Vorteile, wozu auch der Wegfall komplementhemmender Substanzen zu rechnen ist. *Götz-München.*

Über die Bewertung der Wassermannschen Reaktion, von Dreuw-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Der Artikel bringt im wesentlichen nichts Neues; Dr. schlieſst sich in seinem Urteil über den Wert und die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion dem allgemeinen Urteil an.

Götz-München.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Behandlung von Hautkrankheiten. Verfasser ungenannt. (*The Therap. Gazette.* Febr. 1909.) Nichts Neues. Besprechung der therapeutischen Fortschritte der letzten Jahre im Anschlusse an Arbeiten von Hartzell und White.

W. Lehmann-Stettin.

Bericht über einige dermatotherapeutische Ergebnisse, von Paul François-Antwerpen. (*Ann. de la Soc. de Méd. d'Anvers.* Aug.-Sept. 1909.) U. a. werden Lupus- und Cancroidbehandlung besprochen. Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über neuere Methoden in der Behandlung einiger Hautkrankheiten, von J. L. BUNCH-London. (*Lancet.* 3. April 1909.) Verfasser gibt einige nützliche Winke für die Behandlung von Trichophytia, Hypertrichosis, Ekzem, Psoriasis und Skabies, doch dürften spezialistisch gebildete Kollegen wenig neues darin finden. Nicht allgemein bekannt ist vielleicht die Bemerkung B.s, daſs es eine Skabiesart bei Hunden gibt, welche sich gelegentlich auf den Menschen überträgt und sich vom gewöhnlichen Akarus dadurch namentlich unterscheidet, daſs mit Vorliebe das Gesicht davon ergriffen wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie, von FAULHABER-Würzburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Kurze Schilderung der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen auf den gesunden und kranken Organismus und Zusammenstellung der Erkrankungsformen, bei denen nach den bisherigen Erfahrungen die Röntgentherapie Aussicht auf Erfolg bietet.

Die Radiumstrahlen haben, obwohl die Art ihrer Wirkung die gleiche ist wie die der Röntgenstrahlen, wegen ihrer geringen Tiefenwirkung ein viel kleineres Anwendungsgebiet: ihre Domäne sind die ganz oberflächlichen, zirkumskripten, kleinen Krankheitsherde, also gewisse Formen von Lupus und Kankroid, besonders aber alle Arten von Naevi, die durch Radiumbehandlung in kosmetisch tadelloser Weise beseitigt werden. *Götz-München.*

Im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin (Sitzung vom 13. Dez. 1909; nach *Dtsch. med. Wochenschrift*, 1910, Nr. 4) sprach LOEWENTHAL-Braunschweig über **„Klinisches und Experimentelles zur Radiumtherapie"**. Die äuſserliche Anwendung des Radiums, die Radiumbestrahlung, ergibt im Grunde nichts anderes als die Röntgenbestrahlung. Zur internen Behandlung dient nicht das Radiumsalz als solches, das nicht zur Resorption gelangt, sondern die Radiumemanation, ein Gas, das von Flüssigkeiten absorbiert wird. Die Radiumemanation ist nicht etwa ein physiologisch notwendiger Faktor wie der Sauerstoff, hat aber zweifellos eine spezifische Heilwirkung bei Krankheiten. Die Wirkung der Wildbäder beruht auf ihrem Emanationsgehalt; ob auch die übrigen Heilquellen, die bei Stoffwechselkrankheiten in Betracht kommen, zum Teil durch Emanation wirken, ist noch nicht entschieden. Die biologische Wirkung der Emanation ist nach L. in der Hauptsache auf Aktivierung der Körperfermente zurückzuführen, auſserdem aber scheint das Radium auch eine physikalisch-chemische Wirkung auf bestimmte Substanzen, wie Harnsäure, zu besitzen; auf diese Weise findet die Wirkung der Brunnenkuren sowohl bei chronisch-rheumatischen Erkrankungen wie auch bei Gicht ihre Erklärung. Dagegen hat L. weder bakterizide noch toxinschädigende Einflüsse der Emanation feststellen können.

In der Diskussion betont MAX WOLFF, daſs dem Ergebnisse seiner zahlreichen Versuche zufolge weder die Radiumbestrahlung noch die Radiumemanation eine bakterizide Wirkung auf Tuberkelbazillen ausübt, Auch die bei tuberkulösen Tieren vorgenommenen Radiumbestrahlungen vergröſserter Inguinaldrüsen blieben erfolglos.

MARTIN FRIEDLÄNDER hebt hervor, daſs an der LASSARschen Klinik durch Radiumbestrahlungen bei verschiedenartigen Krankheiten, besonders auch in Fällen, die auf keine andere Weise behandelt werden konnten oder auf andere Weise, mit Röntgenbestrahlungen usw. schon erfolglos behandelt worden waren, so bei Angiomen, Kankroiden am inneren Augenwinkel und an den Mundwinkeln, bei kleinen Lupusherden, namentlich aber bei ausgedehnten Naevi vasculosi vorzügliche Erfolge erzielt worden sind.

CASPARI meint, daſs das ungenügende Resultat bei den Versuchen WOLFFs vielleicht durch Absorption der stark wirksamen α-Strahlen bedingt war. Er selbst hat festgestellt, daſs bei Tieren Dauer und Verlauf lokaler Tuberkulosen durch Radium-

behandlung beeinflufst werden; allerdings sind die Versuchstiere schliefslich doch der Tuberkulose erlegen.

Demgegenüber erklärt Max Wolff, dafs für die Beurteilung der Radiumwirkung nur das pathologisch-anatomische Endergebnis, nicht aber die an sich stark schwankende Dauer tuberkulöser Erkrankungen mafsgebend sein kann.

Fleischmann hat durch Versuche festgestellt, dafs die Radiumemanation am rationellsten in Form einer Trinkkur oder langdauernder Inhalation zugeführt wird; die intravenös einverleibte Emanation wird sofort wieder durch die Lungen exhaliert.

Brieger hat beobachtet, dafs bei Tuberkulösen nach Einatmen von Emanation (am besten durch das Absaugungsverfahren) die Temperatur steigt und zwar parallel mit der Schwere des Falles. *Götz-München.*

Die therapeutische Verwendung des Radiums, von J. M. H. Macleod-London. (*Brit. med. Journ.* 10. April 1909.) Verfasser bespricht die Vorteile und Nachteile der von französischen Autoren empfohlenen Methode der Radiumanwendung mittels Verteilung auf eine gröfsere Fläche unter einem Firnis. Ein Nachteil bei dieser Methode ist der Umstand, dafs nicht das Radiumbromid, sondern nur das noch kostspieligere Radiumsulphat dabei gebraucht werden kann. Verfasser hat einen Applikator konstruiert, bei welchem Radiumbromid fein pulverisiert zwischen einer metallenen Rückwand und einem Fenster von Marienglas oder dünnem Aluminium verteilt wird, wobei auf je 1 Quadratzentimeter Fläche eine Radioaktivität von 500000 verteilt ist.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über die Wirkung und die Verwendung von Radium, von D. Turner-Edinburgh. (*Lancet.* 25. Dez. 1909.) Verfasser schildert die Technik und das Wesen der Radiumtherapie in ihren Hauptmomenten und berichtet über einige mit gutem Erfolge behandelte Fälle. Von Ulcus rodens werden drei günstig verlaufene Fälle geschildert, wobei (wie auch von anderer Seite geschehen) auf die Notwendigkeit, die Kur nicht zu früh als vollendet anzusehen, hingewiesen wird. Eine Patientin mit enormem Naevus flammeus des Gesichts hat wenigstens schon erhebliche Besserung erfahren. Für Warzen ist das Radium nach T. ein geradezu zauberhaftes Mittel. Ferner war die Wirkung bei Pruritus, Leukoplakia linguae mit Ulceration, bei Angiomen und malignen Wucherungen am Gaumen sowie sonstigen papillomatösen Gebilden und bei Keloid eine günstige. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die therapeutische Wirkung von Radiumemanationen bei einigen Hautleiden, von H. Radcliffe Crocker †-London. (*Lancet.* 22. Mai 1909.) Im Jahre 1906 hat Verfasser zuerst angefangen, die Wirkung der aus Lösungen von Radiumbromid abgegebenen Gase bei Hautleiden zu verwenden. Die Emanationen werden in Wasser aufgefangen; da dieses dabei in H und O zerfällt, ist es nötig, die Wiedervereinigung vermittels des elektrischen Funkens herbeizuführen. Die Flüssigkeit wurde auf 2 ccm aufgefüllt, und die Glasröhren alsbald verschlossen. Aufser dieser wässerigen Lösung wurde mit Gelatine eine weiche Paste in ähnlicher Weise hergestellt. Diese wurde bei einem 44jährigen Feuerwehrmann mit chronischer ekzematöser Dermatitis und starker Schuppenbildung und Keratosen der Hände erprobt. Die Paste wurde auf umschriebene Gebiete aufgetragen und mit Mull und darüber gelegten Bleilagen bedeckt. Es fand sich, dafs die Applikation von günstiger Wirkung war und dafs eine zwölfstündige Berührung nicht zu reizend wirkte. Bei einem zwölfjährigen Mädchen mit Psoriasis an den Knien wurde bei ähnlicher Behandlung vollständige, seit Jahresfrist noch anhaltende Heilung erzielt. Die subcutane Injektion der wässerigen Lösung in der Scapulagegend resp. möglichst tief in die Muskulatur (was weniger schmerzhaft war) ergab gute Resultate bei zwei Fällen von Mykosis fungoides; bei einem Fall von

inveteriertem, jahrelang vergeblich behandeltem schuppenden Hautleiden des ganzen Körpers war nach den Injektionen immerhin eine gewisse Besserung zu verzeichnen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Radium. Seine Heilwirkung auf die Keloide, von Wickham und Degrais. (Physiotherapeutischer Kongreſs. Paris, März 1910.) Autoreferat. In einer Serie von vor und nach der Behandlung aufgenommenen Photographien zeigen die Autoren, daſs das Keloidgewebe (sog. Spontankeloid, Aknekeloid, deformierende Keloidnarbe im Anschluſs an Verletzungen oder Verbrennungen usw.) unter dem Einfluſs des Radiums leicht verschwinden. Die Histologie hat gezeigt, daſs die Umwandlung dieser Keloide in der Tiefe des Gewebes beginnt. Sie werden durch eine massenhafte Einwanderung von mononukleären Embryonalzellen absorbiert. Was die Technik anbetrifft, so finden die Autoren für die Keloide dieselben Tatsachen bestätigt, welche sie in einer langen Praxis der Radiumbehandlung der Carcinome fanden, d. h. die Möglichkeit, vortreffliche Resultate mit sehr verschiedenen Methoden, schwachen, mittleren und starken Filtern zu erzielen. Es kommt hauptsächlich darauf an, die Applikationsdauer der Strahlungsstärke der Apparate anzupassen. Womöglich soll man versuchen, die gröſste Strahlensumme zu verwerten, die für das gewünschte Resultat geeignet ist und die es erlaubt, die Oberfläche zu schonen, wenn man es für nötig hält. Bei sehr voluminösen Keloiden haben die Autoren mit Erfolg radiumhaltige Röhren in das Innere des Gewebes gebracht. Für diese Läsionen sind die schwachen und mittleren Filter am geeignetsten. Sie sind hierin für viele Fälle mit dem Erfinder der Methode — Abbe — einig, welcher für die Einführung des Radiums ins Gewebe nur dickes Glas verwendet, das mit Zellulose oder Aluminium überzogen ist, und dabei, wie die Heilung von zehn Fällen von Myelosarkom beweist, die er eben veröffentlicht hat, ausgezeichnete Erfolge aufzuweisen hat.

Die Einspritzung radiumhaltiger Flüssigkeiten ist ebenfalls von den Autoren versucht worden, aber ohne nennenswertes Resultat, da die Dosen sehr gering sind. Die Autoren erinnern daran, daſs sie schon seit 1906 diese Behandlungsweise inaugurierten. Folgendes sind die definitiven Resultate der Radiumbehandlung der Keloide: 1. Verschwinden der Erhebungen und der Härte sogar in der Tiefe der Haut. 2. Produktion eines Ersatzgewebes, das etwas feiner, etwas dünner, weiſser und glänzender ist, als die normale Haut. In den Fällen von Keloidakne verschwinden die Akneelemente, was mit den Erfolgen übereinstimmt, welche die Autoren bei anderen Erkrankungen der Talgdrüsen hatten. Bei Lageveränderungen durch Narbenkeloide, wie z. B. Verzerrung der Lippe, verschwinden dieselben zugleich mit dem Keloidgewebe.
Gunsett-Straſsburg.

Die therapeutische Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen, von Max Bachem-Frankfurt a. M. (*Fortschr. f. Röntgen.* XIV, Heft 1 und 3.) Eine sehr verdienstvolle und anscheinend vollständige Zusammenstellung aller Arbeiten, die seit der Entdeckung der Röntgenstrahlen über ihre therapeutische Verwendung in den verschiedensten Krankheitszuständen veröffentlicht worden sind. Die erreichten Resultate werden kurz angeführt und aus der vergleichenden Kritik zusammen mit den Ergebnissen aus dem Laboratorium Rieder-München (etwa 300 Fälle!) Indikationen aufgestellt, von denen einige hier angeführt seien: Bei Hypertrichosis dürfte die Verwendung der Röntgenstrahlen eher eingeschränkt werden. Bei Trichophytie, Sykosis usw., Favus ist die Röntgentherapie stets angezeigt. Bei Ekzem wirken die Strahlen ungemein günstig gerade bei solchen Fällen, die anderen Methoden gegenüber sich refraktär verhalten. Bei Psoriasis hat die Behandlung keine vollen Erfolge und nur die für manche Patienten groſse Annehmlichkeit, reinlich zu sein. Bei Akne empfehlen sich die Strahlen bei langbestehenden Leiden, da mindestens eine er-

hebliche Besserung einzutreten pflegt. Auf Prurigo ist der günstige Einfluſs der Röntgenstrahlen eklatant; daſs sie nicht häufiger angewendet werden, liegt wohl zum groſsen Teil an der Scheu, die dabei sehr berechtigt ist, zu jugendliche Individuen einer Gefahr auszusetzen. Bei Pruritus ist die Röntgentherapie trotz gelegentlicher Rezidive ein prompt wirkendes wertvolles Mittel. Beim Lupus vulgaris sind die schönsten Erfolge durch Kombination der Röntgen- und Finsenstrahlen zu erreichen; zur Röntgenbestrahlung eignet sich nicht die flache trockene Form, sonst ist sie namentlich als Einleitung zur Behandlung nach Finsen sehr am Platze. (Nicht hervorgehoben wird der Wert der Röntgenstrahlen bei L. tumidus, hypertrophicus und exulcerans. Ref.) Hervorzuheben ist das aus den Einzelmitteilungen der Literatur sich ergebende Gesamturteil über Lupus erythematodes: „Es ist zwar nicht stets Heilung dieses Leidens durch Röntgentherapie zu erwarten, die Erfolge sind aber doch derart günstige im Gegensatz zu anderen Methoden (auch zur Finsentherapie), daſs an dieser Krankheit leidende Personen stets mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen.“ Bei Carcinom geben oberflächliche Affektionen eine so gute Prognose, daſs die Röntgenbehandlung den Vorzug vor chirurgischen Eingriffen hat; bei tieferen Carcinomen sind die statistischen Heilerfolge der Chirurgie keine besseren als die der Röntgentherapie! Die Rundzellen- und Spindelzellsarkome sind der Röntgenbehandlung besser zugänglich als die Osteo- und Chondrosarkome; am besten reagieren die Lymphdrüsensarkome. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die diagnostische und therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen, von J. Metcalfe-Bradford. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1910.) Verfasser berichtet kurz über seine Erfolge bei Ulcus rodens, Tinea tonsurans, Hypertrichosis, chronischem Ekzem usw. In bezug auf Ulcus rodens gibt er den guten Rat, nicht sofort bei der Rückbildung der Affektion mit der Behandlung aufzuhören, weil man dann ziemlich sicher auf ein Rezidivieren rechnen kann. Bei Psoriasis an den Nägeln hat er mit der Bestrahlung oft gute Erfolge gehabt, nachdem die sonst gebräuchlichen Mittel versagt hatten. Für Lupus vulgaris leisten die Röntgenstrahlen ihm nicht so gute Dienste wie das Finsensche Verfahren; sehr erfreulich war dagegen das Ergebnis bei einigen Fällen von Sarkom und Carcinom. Verfasser betont, daſs es noch immer Bedürfnis ist, die therapeutischen Indikationen für die Anwendung der Röntgenstrahlen genauer zu studieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Röntgentiefentherapie mit Massendosen, von A. Köhler-Wiesbaden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Ein hier bereits referierter, in den *Fortschr. f. Röntgen.* publizierter Artikel des Verfassers war als Vortrag in der Belg. Röntgengesellschaft in Antwerpen gehalten worden und hatte in der Diskussion mannigfache Einwände hervorgerufen, auf die Verfasser hier eingeht. K. ist einverstanden mit der Anbringung eines Filters unter dem Metallnetz, um die Sekundärstrahlen desselben auszuschalten, empfiehlt aber, dasselbe möglichst dünn zu nehmen, um nicht durch einen groſsen Zwischenraum zwischen Haut und Metallnetz den Zweck des letzteren illusorisch zu machen. Er ist ferner für unbiegsames Material, um gleichzeitig einen Druck auf die Haut ausüben zu können, da nach Schwarz die Hautempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen herabgesetzt wird, wenn man den Stoffwechsel hemmt. Groſser Wert ist aber vor allem darauf zu legen, daſs die erhaltenen Zellinselchen innerhalb der Hautnekrose vor nachträglicher Infektion sorgsam geschützt werden.

W. Lehmann-Stettin.

Die Röntgentherapie der oberflächlichen Hautkatarrhe, von G. J. Müller-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1910. Nr. 1.) Empfehlung der Röntgenbestrahlungen bei Ekzem, Ekzema seborrhoicum, Lichen simplex chronicus, Psoriasis vulgaris und Lichen ruber. *Schourp-Danzig.*

Nebenwirkungen der Röntgenbehandlung, von H. Kanitz-Kolozsvár. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 29—31.) Verfasser behandelt eingehend: I. Die Wirkung auf die Haut, die akute Röntgendermatitis und ihre Folgen, die sekundären Hautveränderungen, die chronische Röntgendermatitis. II. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die inneren Organe. 1. Die Geschlechtsorgane, 2. sonstige parenchymatöse Organe, 3. das Auge, 4. das Zentralnervensystem, 5. die blutbildenden Organe. III. Röntgentoxämie. IV. Können nach Bestrahlung der bösartigen Geschwülste Metastasen entstehen? Er beantwortet die Frage bejahend. V. Entwicklungsstörungen. An der Hand vieler fremder Daten und teilweise eigener Erfahrungen behandelt Verfasser die genannten Themen. Die Röntgenbehandlung ist mit kleinerer oder gröſserer Gefahr verbunden. Dieselbe Bewandtnis hat es auch mit dem Chinin, der Chloroformnarkose und doch sind sie unentbehrlich notwendig. Bei Leichtsinn und Unwissenheit wächst die Gefahr, aber auch bei der gröſsten Sorgfalt ist die Gefahr in allen Fällen mit Sicherheit nicht zu vermeiden. *Porosz-Budapest.*

Neue Technik der Epilation durch Röntgenbestrahlungen, von H. Bordier-Lyon. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 39.) Durch Röntgenbestrahlungen läſst sich Epilation erzielen, ohne daſs ein Erythem oder eine Röntgendermatitis auftritt, wenn man 1. das Strahlenbündel durch 0,5 mm dickes Aluminium filtriert und 2. die zur Epilation nötige Strahlenmenge auf drei, in Zwischenräumen von je einem Tag vorzunehmende Sitzungen verteilt. Dauernde Enthaarung kommt, wie B. experimentell gezeigt hat, zu stande, wenn eine der Farbe I stark oder II schwach seines Chromoradiometers entsprechende Strahlenmenge zur Anwendung gelangt ist; der dritte Teil dieser Dosis ist erreicht, wenn eine im Bereich der Strahlen liegende Platincyanürpastille die Farbe O schwach des Chromoradiometers aufweist. Eine solche Strahlenmenge ist also auf jede einzelne zu epilierende Stelle dreimal zu applizieren. *Götz-München.*

Zur Frage der Behandlung von streptokokkogenen Hautkrankheiten mit dem Finsenapparat, von Schiperskaja. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 1.) Während die Behandlung des Lupus erythematodes mit dem Finsenapparat ohne Effekt blieb, gelang es in dem Finsenkabinet des Kalinkinhospitals zu St. Petersburg, auſser bei Lupus vulgaris auch noch in einem Falle von Folliculitis, hervorgerufen durch Streptokokken, wo jede Behandlung versagt hatte, durch Finsenbestrahlung Heilung zu erzielen.
Arthur Jordan-Moskau.

Lichtbehandlung auf rektalem und vaginalem Wege, von Arthur Foges und Alfred Jungmann-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Zusammenstellung eines Instrumentariums zu gedachtem Zwecke. Abbildungen.
W. Lehmann-Stettin.

Das blaue Licht bei der Behandlung von eiternden Wunden und Unterschenkelgeschwüren usw. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 11.) Richter hat Bestrahlungen mit blauem Licht bei eiternden Wunden und Unterschenkelgeschwüren in mehr als 50 Fällen mit vorzüglichem Erfolge zur Anwendung gebracht. Die Bestrahlungen führen rasch zum Austrocknen der Wunden, beseitigen die Schmerzen und begünstigen die Epidermisierung; die entstehenden Narben sind elastisch, weich, nicht schmerzhaft und — auch bei Unterschenkelgeschwüren — widerstandsfähig. Die 20—30 Minuten dauernden Sitzungen werden täglich wiederholt, nach ihrer Beendigung bedeckt man die Wunde mit steriler Gaze, die mit Heftpflaster fixiert wird; nur bei starker Sekretion soll ein Verband mit Watte und Binden gemacht werden.

Allard empfiehlt die Anwendung der blauen und violetten Strahlen bei Herpes zoster und den aus den Bläschen entstandenen Ulcerationen. *Götz-München.*

Neuere Erfolge und Erfahrungen aus dem Gebiete der Heliotherapie, von C. Widmer-Zofingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Es wird hier über

einen merkwürdig günstig unter Behandlung mit direktem Sonnenlicht verlaufenen Fall von Plattenepithelkrebs des Gesichts bei einem 73jährigen Landwirt berichtet. Die Diagnose war durch Untersuchung eines unter Kokainanästhesie exzidierten Stückchens von Prof. LANGHANS in Bern bestätigt worden. Die fest mit der Unterlage verwachsene Geschwulst hatte wohl eine Ausdehnung etwa einer Tonkabohne oder mehr und war erheblich ulceriert. Es wurden vier Bestrahlungen mit Sonnenlicht unter Anwendung des vom Verfasser konstruierten Reflexionstrichters von je einer halben Stunde Dauer gegeben und binnen einer Woche war der Tumor verschwunden und die Narbe geschlossen. Verfasser beschreibt die Konstruktion und Theorie seines Reflexionstrichters (zu erhalten bei C. F. Hausmann in St. Gallen) und die Wirkungsweise und das Indikationsgebiet der Sonnenlichtbehandlung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Wunden durch Sonnenstrahlen, von JUL VON BUCTÁNYL-Budapest. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) Das durch die Brennlinse konzentrierte Sonnenlicht ist eines der besten bakterientötenden Mittel; es wirkt auch auf die im Fettdetritus und in den Zellen, im Eiter, in Ausscheidungen befindlichen Bakterien. Der Verfasser sah mittels der Behandlung mit der Brennlinse Heilung eines Epithelioms, eines Ulcus cruris varicosum und eines gangränösen Geschwürs.

Schourp-Danzig.

Zur Verwendung der Wärmedurchstrahlung (Thermopenetration), von KLINGMÜLLER und BEHRING-Kiel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Durch Experimente an den Bauchhöhlen von Kaninchen wird die Tiefenwirkung veranschaulicht. Je weiter die Elektroden voneinander entfernt sind, um so geringer ist die Temperatursteigerung im Innern, während die sich auf der Haut entwickelnde Hitze um so gröſser wird. Örtliche Wärme über 45° wird schlecht vertragen, Die Haut an den Streckseiten erwärmt sich viel schneller als an den Beugeseiten.

Praktisch eignet sich die Wärmedurchstrahlung nicht für Affektionen, die auf und in der Haut liegen.

Für die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis erwies sich die Methode als ungeeignet, dagegen sind die bei Durchstrahlung blennorrhoischer Arthritiden gewonnenen Erfahrungen bisher recht günstig. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Heiſswasserbehandlung in der Dermatologie, von O. ROSENTHAL-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 36.) Zusammenstellung der Anwendung des heiſsen Wassers in der Dermatologie. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über eine neue Art von Kaustik, von ERNST EITNER-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.) Das Prinzip eines unter dem Namen „Kalter Kauter nach DE FOREST“ neuerdings in den Handel gebrachten Apparates besteht in der Verwendung von Hochfrequenzströmen mit annähernd ungedämpften Schwingungen, niederer Spannung und hoher Frequenz zu kaustischen Zwecken. Der Name „Kalte Kaustik“ wurde deshalb gewählt, weil die Hitze erst im Gewebe entsteht und die Metallnadel nur wenig erwärmt wird. Der Patient empfindet aber dabei ein der Wirkung entsprechendes Hitzegefühl; das Verfahren repräsentiert also im Grunde genommen eigentlich nur eine besondere Anwendungsart der Thermopenetration. Dem Verfasser erscheint darum ein eigenes Instrumentarium überflüssig, da sich jeder Thermopenetrationsapparat dafür verwenden läſst. Auch ist das Anwendungsgebiet des Instruments ein relativ beschränktes. *W. Lehmann-Stettin.*

Die therapeutische Verwendung der Stauungshyperämie (nach BIER), von G. P. MÜLLER-Philadelphia. (*Amer. journ. med. scienc.* Febr. 1910.) Verfasser bespricht die Theorie und die technischen Einzelheiten dieser Methode und ihre Anwendung (auſser bei einigen, den Dermatologen nicht interessierenden Affektionen)

auch bei blennorrhoischer Arthritis. Er macht darauf aufmerksam, dafs eine sorgfältige Beobachtung des Verlaufs nötig ist, um ein gutes Resultat zu erzielen. Die Binde soll in 24 Stunden für gewöhnlich zweimal auf zehn bis elf Stunden angelegt werden, und die Extremität soll in der Zwischenzeit hochgelagert und eventuell sanft massiert werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die passive Hyperämie nach Bier in der Behandlung einiger Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Stancanelli. (Versamml. der Ital. Dermat. Ges. 1908.) Vortragender berichtet über glänzende Erfolge bei Adenitiden verschiedener Herkunft (Bubo, Gumma), gummösen Ulcerationen, Osteoperiostitis gummosa, Furunkulose, auch beim Favus (nach einer Woche Heilung!) und Arthritis blennorrhagica.

Haas-Hamburg.

Die Therapie einiger chirurgischen Erkrankungen mittels passiver Hyperämie nach Bier, von B. Vašek-Prag. (*Therap. Centralblatt.* 1910. Nr. 2.) Wunden, welche durch Staub infiziert, gequetscht, durch rostige Nägel verursacht sind, heilen unter passiver Hyperämie gut. Bei Furunkeln leistet die Methode nicht viel. Bei blennorrhoischen Monarthritiden wirkt sie vor allem als promptes Analgetikum, ermöglicht daher passive Bewegungen und verhindert so schwere Ankylosen.

Arthur Schucht-Danzig.

Biersche Methode und warmes Wasser, von Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 35.) Nach einer kurzen Besprechung der verschiedenen Methoden der Hyperämisierung nach Bier weist R. darauf hin, dafs durch warmes Wasser eine aktive Hyperämie hervorgerufen werden kann, die bei cutanen und subcutanen Entzündungen, Furunkeln, Karbunkeln, circumskripten Phlegmonen, Panaritien, Drüsenentzündungen, besonders auch bei Drüsenentzündungen am Nacken nach follikulären, skarlatinösen oder diphtheritischen Anginen ebensogut wirkt wie die Biersche Stauungshyperämie. Die Technik des Verfahrens, das R. schon seit vielen Jahren zur Anwendung bringt, ist sehr einfach: Gazekompressen werden in 50—60° warmes Wasser getaucht und aufgelegt und sehr häufig — nach einigen Sekunden oder längstens Minuten — gewechselt, und diese Prozedur wird drei- bis sechsmal täglich $^1/_4$—1 Stunde lang gemacht. Bei beginnenden Eiterungen wird damit in wenigen Tagen Resorption erzielt; bildet sich ein Abscefs, so bleibt er klein und heilt rasch. Auch tuberkulöse Drüsenentzündungen und skrophulöse Hauterkrankungen werden durch die Warmwasserhyperämie allerdings erst nach längerer Zeit der Heilung zugeführt. Traumatische Blutergüsse in der Nähe von Gelenken kommen unter der Behandlung mit warmem Wasser rascher zur Resorption, schlecht granulierende Wunden, alte Beingeschwüre, Lymphangitiden, Phlebitiden, Muskelschmerzen, Rheumatismen, Neuralgien werden durch die Umschläge sehr günstig beeinflufst. Bei Entzündungen der Organe im kleinen Becken, bei Metritis, Salpingitis und Oophoritis, ferner bei akuter und chronischer Prostatitis und bei Cystitis wendet R. 50° warmes Wasser in Form mehrmals täglich wiederholter rektaler Einläufe an und erzielt damit vorzügliche Erfolge; bei entzündlichen Adnexerkrankungen wird durch die Einläufe manche Operation erspart.

Götz-München.

Über die Wrightsche Opsonintheorie und die Vaccinenbehandlung der Staphylokokkenerkrankungen, von F. Veress - Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 31.) Die Bestimmung des Opsoninindex bedingt eine grofse Kenntnis und beansprucht eine pünktliche Einhaltung der Wrightschen Vorschriften. Je strenger wir uns an die Wrightsche Technik halten, um so weniger Fehler begehen wir und die Resultate werden um so verläfslicher sein. Die Untersuchungen scheinen Wrights These zu rechtfertigen, dafs der Index in Fällen von lokalen Staphylokokkeninfektionen beinahe immer niedriger ist als der normale und durch Einspritzung von Staphylo-

kokkenvaccine in der Tat bedeutend gehoben werden kann. Eine solche Erhöhung des Opsoninindex bedeutet aber nicht immer auch eine Besserung der klinischen Symptome, ja es kann sogar in vielen Fällen bei stark ausgeprägter Indexsteigerung klinisch keine Besserung erzielt werden. Mit der Vaccinierung können manchmal auffallend rasche und günstige Resultate erzielt werden, ein anderes Mal bleibt die Behandlung wirkungslos auch in solchen Fällen, die sonst leicht geheilt werden können. Mit dem Mafse der vaccinellen Behandlung ist man noch nicht im Reinen. Die Dosierung ist vollkommen unsicher, gewöhnlich willkürlich, weil sie von der subjektiven Beurteilung des Arztes abhängt, und deshalb sind bei guten Resultaten auch Mifserfolge häufig, die fehlerhaften Dosierungen oder übertriebenen Injektionen zuzuschreiben sind. Aufsergewöhnlich wertvoll ist die Bestimmung des Index vom diagnostischen Gesichtspunkte, aber ihre Ausführung ist viel umständlicher, viel zeitraubender und erfordert eine viel gröfsere Übung, als dafs sie in kurzer Zeit zu allgemeiner praktischer Verwendung kommen könnte. *Porosz-Budapest.*

Die Vaccinebehandlung von Krankheiten unter Kontrolle des opsonischen Index, von E. C. Seufert-Chicago. (*The Therap. Gazette.* Dez. 1909.) Überblick über die Technik und Bedeutung der Wrightschen Methode. Nichts Neues. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Behandlung mit Injektionen von Bakterienvaccine, von James Miller-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* April 1910.) Von Gonokokkeninfektionen wurden vier Fälle verschiedener Art (eine akute Harnröhrenblennorrhoe, eine Epididymitis, ein Fall von Gelenkaffektion und ein sehr schwerer von blennorrhoischer Allgemeininfektion) behandelt. Die Anfangsdose betrug zwischen 250 und 25 Millionen; im allgemeinen lautet das Gesetz: je akuter der Zustand, desto kleiner die Anfangsdosis. Die Erfolge waren in allen Fällen sehr gute, wenn auch teilweise die Injektionen mit Stockvaccine, wo autogene nicht zu erhalten war, gemacht werden mufsten. Bei den (vier) Fällen von Staphylokokkeninfektionen handelte es sich teilweise um schwere Fälle von Karbunkel und allgemeiner Furunkulose, die mit Glykosurie verbunden waren. Es wurden Dosen von 250—1000 Millionen Staphylokokken injiziert und die Besserung war schon nach 1—2 Injektionen eine auffallende, ebenso wie die Glykosurie allmählich verschwand. Bezüglich des Auftretens der letzteren glaubt M., dafs sie nicht eine Ursache oder Prädisposition für Karbunkel oder Furunkulose bildet, sondern nur ein Symptom dafür ist, dafs die Infektion Pankreas und Leber und deren normale physiologische Funktionen betroffen hat. In dem schwersten Falle (von Karbunkel), einen 60jährigen Mann betreffend, wurden im ganzen 24 Injektionen, mit 250 Millionen beginnend, allwöchentlich eine Injektion und allmählich bis 1000 Millionen ansteigend, gegeben. *Stern-München.*

Beobachtungen über Vaccinebehandlung bei einer Reihe von Staphylokokkeninfektionen, von A. C. Begg-Swansea. (*Brit. med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Verfasser berichtet über 15 Fälle von Furunkulose resp. anderweiter Staphylokokkeninfektion, welche mittels Vaccinen sehr erfolgreich behandelt wurden. Allerdings ist die Methode zu kompliziert und subtil, um auch für die gewöhnlichen leichteren Fälle empfehlenswert zu sein; sie ist aber für refraktäre Zustände mit chronischer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens entschieden wertvoll. Die von dem spezifischen bei dem betreffenden Patienten gefundenen Mikroorganismus bereitete (autogene) Vaccine erweist sich fast immer als viel wirksamer als die von älteren Kulturen stammende. Die Bestimmung des Opsoninindex findet Verfasser in den meisten Fällen entbehrlich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hauptgrundsätze der Vaccinetherapie, von Mark W. Richardson-Boston. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 4.) Die autogene Vaccine ist der Stammvaccine

stets vorzuziehen. — Bei Neubildungen leistet die Vaccinebehandlung — wie die Literatur darüber beweist — Erfreuliches, verhütet das Weiterwachsen der Geschwülste und nimmt die Schmerzempfindlichkeit fort; bei Infektion der Harnwege durch den Bacillus coli communis schafft sie günstige Beeinflussung. *Schourp-Danzig.*

Vaccinevirus, von M. J. Rosenau - Washington. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 4.) *Schourp-Danzig.*

Die Ergebnisse eines Jahrganges der Behandlung mit Vaccinen in der allgemeinen Praxis, von W. H. White und J. W. Eyre-London. (*Lancet.* 5. Juni 1909.) Unter diesen Fällen befanden sich drei mit arthritischen Erscheinungen intensiverer Art, welche zweifellos auf eine Gonokokkeninfektion zurückzuführen waren; die Anwendung von Gonokokkenvaccinen war von bestem Erfolg begleitet. Bei einigen anderen Kranken enthielt der Urin Bacillus coli communis, und die Injektion der mit diesem Mikroorganismus bereiteten Vaccinen war ebenfalls durchaus erfolgreich. Ferner wurde ein Fall von Furunculosis mit Staphylococcus aureus und ein Fall von Akne mit Staphylococcus albus geheilt. Beide hatten sich sonst als ungemein hartnäckig erwiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Ferment- und die Antifermentbehandlung, von K. Borszéky und G. Turón-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 23.) Autoren fassen an der Hand von 85 Fällen ihre Erfahrungen über die Trypsin-Fermentbehandlung in folgendem zusammen: Die Wirkungen der von Jochmann empfohlenen und von Baetzner auch praktisch erprobten Trypsin-Fermentbehandlung ist zweifellos. Die Wirkung zeigt sich schon nach zwei bis drei Einspritzungen. Das eitrige Sekret wird dünner und bleibt später ganz aus. Das erreichte günstige Resultat ist die Folge der trypsinfermentativen Wirkung, aber Trypsin wirkt neben der Vernichtung der schwammigen Granulationen auch im Wege der rascheren und gesunden Granulationsbildung heilend. Am verläßlichsten sind die Resultate in Fällen von tuberkulösen kalten und Psoas-Abszessen, vereiterten tuberkulösen Lymphdrüsen, Ulcera der Weichteile, Tendovaginitiden, so auch von Ganglien und Hygromen. Die Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkentzündungen betreffend sind die Erfahrungen der Verfasser nicht hinreichend, um ein Urteil aussprechen zu können, aber sie wird die chirurgische Behandlung nicht verdrängen können. Nach Entfernung des pathologischen Herdes verdient sie als die Heilung fördernde Behandlung Beachtung. Zur Behandlung nicht verkäster tuberkulöser Lymphome zeigt sich das Verfahren nicht geeignet, weil es langwierig und schmerzhaft ist. Die Trypsin-Fermentbehandlung kann jedermann empfohlen werden, weil sie gefahrlos und einfach ist. *Porosz-Budapest.*

Über den praktischen Wert der Hauttransplantationen nach Thiersch, von Cignozzi. (*La Riforma medica.* Bd. XXV, Nr. 44.) Enthält die Beschreibung von 65 Fällen, wo obiges mit glänzendem Resultate vorgenommen wurde; chirurgisch-technische Ratschläge. *Haas-Hamburg.*

Die Anwendung der Michelschen Klammern in der Hautnaht, von Jacoby. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* Bd. XXVII, Heft 11.) Diese hat sich Verfasser glänzend bewährt, in erster Linie für die Bauchdeckennaht und die Alexander-Adamsche Operation, dann aber weiter besonders für die Hautnaht bei frischen Dammrissen und Dammplastiken. *Haas-Hamburg.*

Was haben wir von der Thalassotherapie für die Ausheilung gewisser chronischer Hautaffektionen zu erwarten? Von Ullmann-Wien. (Verhandlung des IV. internationalen Kongresses für Thalassotherapie in Abbazia, September 1908. Berlin SW 48, Allg. Med. Verlagsanstalt.) Über den Wert des Meeresklimas und der Seebäder für Hautkranke ist bisher nur von wenigen Ärzten in Seebadeorten berichtet.

Diese Berichte erörtert ULLMANN und gibt dann seine aus Augenschein und Berichten von Ärzten gewonnenen Erfahrungen.

Bei der Thalassotherapie ist der Gebrauch der Bäder von dem des Strandaufenthaltes als solchem voneinander zu trennen. Ersterer hat zahlreiche, letzterer nur sehr wenige Kontraindikationen aufzuweisen. Voran stehen die tuberkulösen Erkrankungen der Haut, des Unterhautzellgewebes, der Lymph- und Genitaldrüsen, Skrophuloderma, skrophulöse Ekzeme, Hauttuberkuloide mit papulo-nekrotischem Charakter.

Ab und zu resultieren günstige Erfolge der Thalassotherapie bei chronischen Ekzemen Erwachsener, Neurodermitis chronica, Lichen ruber planus. Günstige Erfahrungen machte Autor bei Prurigo und chronischer Urticaria, ganz besonders ferner bei Hyperhidrosis und Seborrhoea oleosa. Ein Einflufs auf frische Formen der Lues wird bestritten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Schälkur in der Dermatologie, von L. M. PAUTRIER. (*Presse méd.* 1909 Nr. 98.) Neben der alten UNNAschen Resorcinformel erwähnt der Autor 1. das Verfahren von BROCQ, der mit folgender Salbe operiert:

Naphtol β	1	g
Kampher	1	„
Resorcin	2—10	„
Sapo viridis	2— 5	„
Sulf. praec.	2— 5	„
Creta alba	4	„
Lanolin	6	„
Vaselin	10	„

Die Salbe wird anfangs nur 10—15 Minuten appliziert, dann länger. Die Applikation wird täglich bis zur Schälung wiederholt. Geht die Exfoliation nicht glatt von statten, so kann sie durch nachträgliches Auftragen von

Acid. salicyl.	0,3
Zinc. oxyd.	2,0
Cerat ohne Wasser	18,0

beschleunigt werden; 2. beschreibt er das DARIERsche Verfahren. Drei Tage hintereinander wird folgende Mischung eingepinselt:

Tinctura sapon. virid. 1/5	40 g	
Resorcin		
Sulfur. praec.	aa 10 „	

Die Schälung beginnt am 4. Tage. *Gunsett-Strafsburg.*

Medikamentöse Jonisierung, deren Verwendung und Brauchbarkeit, von N. S. FIUZI-London. (*Lancet.* 13. März 1909.) Auf dermatologischem Gebiet kommt die Jonisierung oder Kataphorese in Betracht bei Ulcus rodens (Zinkionen), bei Tinea tonsurans (Kupfer), Ulcus cruris varicosum und auch wohl bei anderen chronischen Affektionen. Es handelt sich hierbei um ein entschieden sehr intensiv wirkendes Heilmittel, das auch, wie Beobachtungen an anderen Krankheitsformen (Gicht, Arthritis rheumatica usw.) zeigen, eine grofse Tiefenwirkung zu entfalten imstande ist. Die Anwendung ist ja relativ sehr einfach, erfordert aber die genaue Beobachtung der entsprechenden technischen Vorsichtsmafsregeln, welche Verfasser hier auch ziemlich eingehend schildert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Hautfirnisse, von KLOTZ. (*New York. med. Monatsschr.* Bd. XXI, Nr. 5.) Aus der Arbeit ist hervorzuheben, dafs Verfasser besonders das Ichthyol in Verdünnung 1:1 bis 1:4 mit grofsem Erfolge als Hautfirnifs bei verschiedenen Dermatosen verwandt hat. *Haas-Hamburg.*

Hautpflegemittel nach Macon. Alba-Creme zum Bleichen der Haut, besonders des Halses und der Hände:

Glycerin	1500,0
Süßes Mandelöl	1250,0
Wollfett	2500,0
Borax	100,0
Perhydrol	65,0
Rosenwasser	1180,0
Rose alpine	10,0
Geraniol	15,0
Terpineol	35,0

Der Creme wird des Abends auf die zu bleichenden Hautstellen gestrichen und diese mit leinenen Streifen umwickelt bzw. nicht zu enge Handschuhe angezogen.

Sommersprossencreme.

Weißes Wachs	110,0
Süßes Mandelöl	530,0
Wollfett	1500,0
Borax	150,0
Perhydrol	150,0
Rosenwasser	700,0
Ionon (10 %)	5,0
Violette Feuilles (Lautier *Fils*)	4,0
Bergamottöl	40,0
Veilchenwurzelöl	10,0.

Wird wie Coldcream dargestellt.

Sommersprossenwasser.

Perhydrol-Merck	100,0
Rosenwasser	800,0
Glycerin	100,0.

Die mit Sommersprossen behafteten Stellen sind mit einem Schwämmchen oder Wattebäuschchen zu betupfen oder man legt mit der Flüssigkeit durchtränkte Läppchen auf.
(*Ztschr. f. Riech- u. Geschmackstoffe.* 1909, 151, nach *Pharmaz. Zentralhalle.* 1909. Nr. 48.)

Über die Anwendung von Alypinum nitricum als ungiftigen Kokainersatz bei der subcutanen Quecksilbertherapie, von Eckermann. (*Fortschr. d. Med.* 28. Jahrg. Nr. 3.) E. wendet folgende Formel an:

℞ *Hydrarg. oxycyan.*	0,2
Alypin. nitr.	0,1
Aq. dest.	ad 20,0

und erreicht so vollkommene Schmerzlosigkeit der Injektionen. *Haas-Hamburg.*

Aleptine.

℞ *Lanol. anhydr.*	20,0
Ol. amygdal. benzoat	60,0
Cetacei	15,0
Cer. alb.	11,0
Aq. dest.	30,0
Bals. peruv.	1,0
Gelat. alb.	2,0.

Adiptine.	℞	*Cer. alb.*	20,0
		Paraff. solid.	80,0
		Ol. amygdal. dulc.	400,0
		Lanolini	250,0
		Aq. rosar.	150,0
		Aq. lauro cerasi.	20,0
		Benzoes	4,0

(*Chem. and Drugg.* 1910. S. 68.) *Strickrodt-Hamburg.*

Über die Anwendung des Alsols bei Haut- und Geschlechtsleiden, von M. Lewitt-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Februar 1910.) Verfasser lernte das Alsol (Doppelsalz von essigsaurer und weinsaurer Tonerde) als Heilmittel bei zahlreichen Hautaffektionen schätzen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Pilulae asiaticae, von A. Otto. (*Pharm. Weckbl.* 1910. Nr. 3.) Verfasser stellt eine Anzahl von Vorschriften für diese beliebte Arzneiform zusammen, aus denen hervorgeht, dafs dieselben betreffs des Arsengehaltes gewaltig voneinander variieren (0,5—5 mg pro Pille.) Es ist hier ergänzend hinzuzufügen, dafs auch eine ganze Anzahl von Magistralformeln die Pillen aufgenommen haben, so dafs sich hieraus für den Arzt die dringende Notwendigkeit ergibt, bei der Verordnung die betreffende Vorschrift anzugeben oder einfacher den gewünschten Gehalt von arseniger Säure pro Pille in Klammern hinzuzufügen. *Strickrodt-Hamburg.*

Die toxischen Nebenwirkungen des Arsazetins, insbesondere die Nierenreizungen, von H. Borchers-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Bei zehn Fällen von Syphilis wurden in der üblichen Weise Injektionen von 0,4 bis 0,6 Arsazetin bis zum Verbrauch von 14 Dosen (etwa 8,0 im ganzen) im Laufe von sieben Wochen gegeben. Ganz frei von Intoxikationserscheinungen blieb keiner der so behandelten Patienten, und bei fünf derselben, vier Frauen, einem Mann, waren die Störungen so heftig, dafs die Kur vorzeitig abgebrochen werden mufste. Die konstanteste Erscheinung war das Auftreten von Albuminurie, welche bei neun von den Kranken schon zwölf Stunden nach der ersten, bei einem Patienten erst nach der zweiten Injektion sich einstellte. Dafs andere Autoren dieser Eiweifsausscheidung keine Erwähnung tun, erklärt B. daraus, dafs dieselbe meist bald wieder vorübergeht und sich eine Gewöhnung an das Medikament ausbildet; gelegentlich zeigt sie sich aber regelmäfsig nach jeder Einspritzung. Wird das Mittel aber sonst vertragen, so dürfte es namentlich für inveterierte refraktäre Fälle oft ungemein wertvoll sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erblindung durch Atoxyl (doppelte Papillaratrophie), von Juan de Azúa. (*Rivista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 1.) Ein Arzt, Morphinist und Kokainoman, dem das Kokain Sensationen von Parasiten suggeriert hatte, machte zuerst eine Schmierkur, in der Idee sich hierdurch von diesen imaginären Parasiten zu befreien. Da er hiervon Stomatitis bekam, ging er zu Atoxyl über. Er machte sich in 33 Tagen Injektionen von im ganzen 21 g Atoxyl! Es trat totale Erblindung ein.

Gunsett-Strafsburg.

Fig. 1



Fig. 2

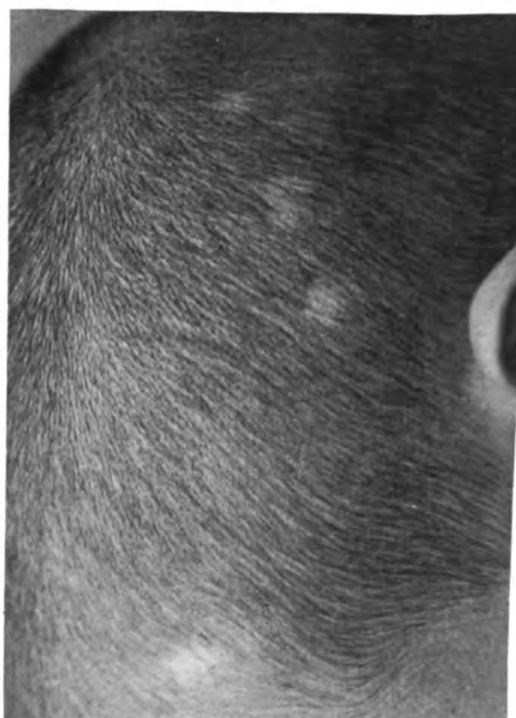


Fig. 3



Fig. 4



Dreuw.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig). Graph. Institut Julius Klinkhardt, Leipzig.

Fig. 13



Fig. 14



Fig 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Dreuw. Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Graph. Institut Julius Klinkhardt, Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. No. 4. 15. August 1910.

Zwei Fälle von Lichen ruber planus bei Kindern.

Von

Dr. CARL CRONQUIST-Malmö.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Das Vorkommnis von Lichen ruber im Kindesalter gehört zu den gröfsten Seltenheiten. Es genügt, um dieses zu bekräftigen, daran zu erinnern, dafs KAPOSI nur drei Fälle bei Individuen unter zehn Jahre gesehen. Dies scheint mir zur Genüge eine gesonderte Darstellung der beiden derartigen Fälle zu berechtigen, deren Beobachtung ich der Freundlichkeit meines Bruders, Dr. JOHAN CRONQUIST in Malmö, verdanke. Der erste dieser Fälle stammt aus dem Krankenmaterial des Kinderkrankenhauses zu Malmö, der zweite aus der Familienpraxis meines Bruders. Für die Überlassung der Fälle benutze ich hier die Gelegenheit meinem Bruder auch in dieser Weise herzlichst zu danken.

Fall I. Lisa O., nicht ganz zehn Jahre alt, wurde am 18. Februar 1909 in das Kinderkrankenhaus aufgenommen wegen eines Ausschlages, der um Weihnachten an den Beinen begonnen und dann nach und nach sich aufwärts über Extremitäten und Körper verbreitet hatte. Der Ausschlag hat dem Mädchen keine nennenswerten Unannehmlichkeiten verursacht.

Status praesens. Patientin zeigt einen so gut wie über den ganzen Körper ausgebreiteten, schönen Lichenausschlag von an verschiedenen Körperteilen etwas verschiedenem Aussehen, kaum an einer einzigen Stelle aber von dem gewöhnlichen, klassischen Typus. Am schönsten tritt der Ausschlag an den Füfsen hervor, wo er in Form von zerstreuter, meist diskreter, tief braunroter, scharf begrenzter Papeln auftritt, deren Oberfläche gleichmäfsig abgerundet, im allgemeinen nicht sehr glänzend und manchmal mit einem zentralen Schüppchen belegt ist. Die Gröfse der Papeln ist sehr verschieden; die allerkleinsten werden als kleinste braune im allgemeinen mit kleinen trockenen Schüppchen belegte Pünktchen unter der Lupe eben nur wahrgenommen; die meisten haben einen Durchmesser

von 2—4 mm, einige erreichen eine weit erheblichere Gröſse, bis zu 7 mm. Die kleinsten Papeln haben wie gesagt eine gleichmäſsig gewölbte Oberfläche; die gröſseren zeigen in den zentralen Partien eine deutliche Einsenkung, welche doch nirgend sehr auffällig ist. Unter der Lupenvergröſserung tritt an mehreren der kleineren, nicht deutlich schuppentragenden Papeln, bei seitlicher Beleuchtung ein deutlicherer Glanz hervor; einige erscheinen wie mit einem dünnen grauen Häutchen überzogen. Die Oberfläche der gröſseren Papeln ist wie zerklüftet in einer Unzahl von kleinen Kämmchen und Spitzen, die mit kleinsten glänzenden Schüppchen besetzt sind. Die kleinsten und mittelgroſsen Papeln nehmen die vorderen Hälften der Fuſsrücken ein; doch finden sich hier auch einzelne Exemplare der allergröſsten. Um den Malleolen herum sind Effloreszenzen von den gröſseren Dimensionen, im allgemeinen ohne oder mit nur sehr unbedeutender

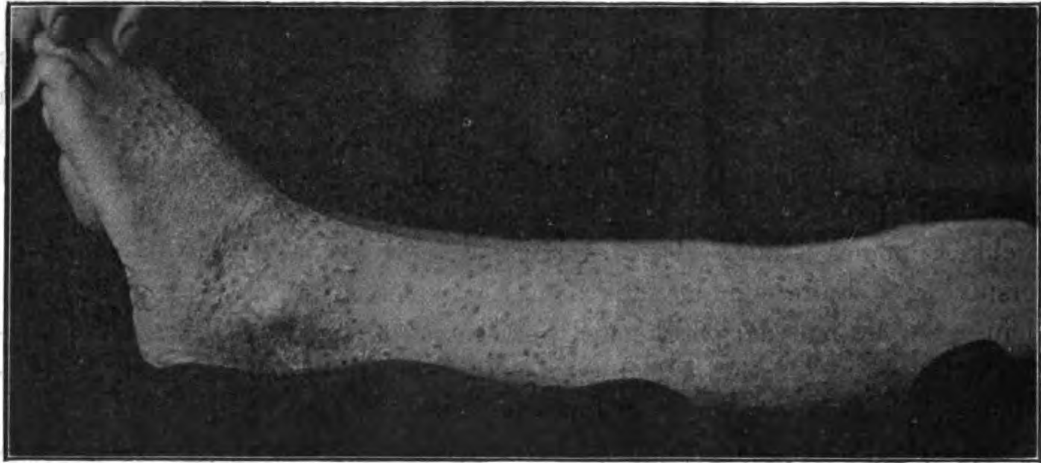


Fig. 1.

Schuppung, dicht ausgesät. Die hinteren Hälften der Fuſsrücken werden von je einem breiten queren, medianwärts ein wenig abgeschmälertem Bande von verdickter, unebener Epidermis eingenommen, welche aus dicht aneinander gedrängten Lichenpapeln, von 4—5 mm Durchmesser besteht. Fuſssohlen frei.

Die Unterschenkel (Abbildung 1) zeigen an den vorderen Flächen dicht gesäte, im allgemeinen sehr groſse Effloreszenzen, zwischen den sich andere von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngröſse befinden. Letztere treten sehr schön hervor, mit scharfen Grenzen sich aus dem Rahmen der normalen Hautfurchen emporhebend und tragen beinahe ausnahmslos in ihrer Mitte ein Schüppchen. Einzelne der gröſseren Effloreszenzen haben einen Durchmesser von bis 10 mm. Sie sind in der Mitte deutlich eingesenkt. Auſserdem kommen hier auch annulär angeordnete Gruppen von kleineren Papeln vor; sehr schön ist eine unvollständige dicyklische Gruppe der

rechten Seite. An den Hinterflächen der Unterschenkel kommen mehrflache, aber ausgebreitete lichenoide Infiltrate vor, die eine ziemlich ebene, feinschuppige Oberfläche haben. Der Ausschlag ist an den Unterschenkeln im ganzen bedeutend blasser wie an den Füfsen.

Die äufseren und hinteren Flächen der Oberschenkel zeigen etwa dasselbe Aussehen wie die Hinterflächen der Unterschenkel. Die Innen- und Vorderflächen sind spärlicher besät mit kleineren, blasseren, diskreten, im allgemeinen reichlich schuppenden Effloreszenzen.

An der Vorderfläche des Stammes ist der Ausschlag sehr spärlich. Die Gröfse der Effloreszenzen ist äufserst variierend. Die kleinsten treten nur unter der Lupe als kaum erhabene, blafsgelbe Fleckchen hervor; die gröfseren sind im allgemeinen ziemlich flach und schuppen reichlich. Die Kreuzgegend wird eingenommen von grofsen Haufen von kleineren und

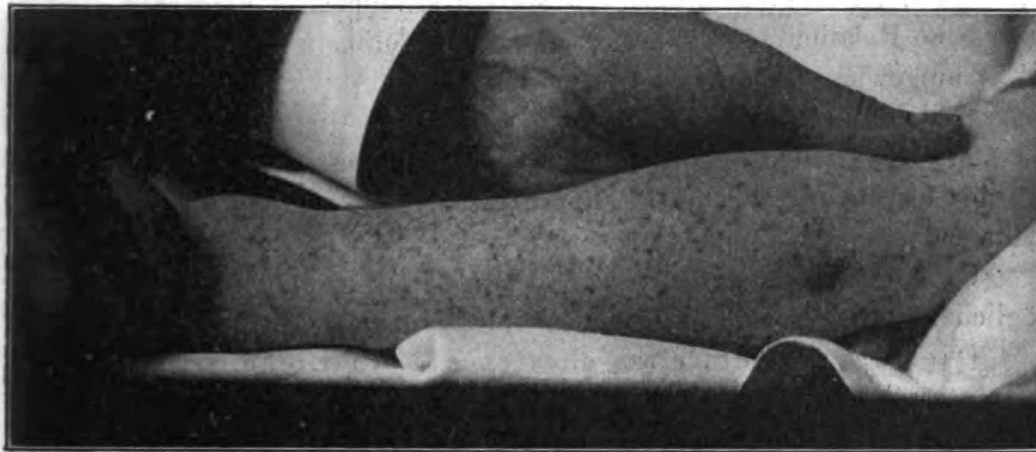


Fig 2.

gröfseren, dicht gedrängten, konfluierenden Effloreszenzen mit nicht sehr reichlicher, kleienförmiger Schuppung, die bei seitlicher Beleuchtung der ganzen Partie einen schönen Perlmutterglanz verleiht. Die oberen Teile des Rückens sind wieder spärlicher bestreut mit meistenteils kleineren Effloreszenzen, die sich unter der Lupe von den Hautfurchen wohl begrenzt zeigen; mehrere von ihnen haben eine ziemlich plane, glänzende Oberfläche; eine zentrale Delle kann nicht wahrgenommen werden.

Die Streckseiten der Oberextremitäten (Abbildung 2) ähneln am meisten denen der Unterschenkeln. An den Beugeseiten bietet der Ausschlag ein Bild, das dem gewöhnlichen Lichentypus sehr nahe kommt: kleine, scharf und gleichmäfsig eckige, bei seitlicher Beleuchtung stark glänzende Effloreszenzen von schwach braunrötlicher Farbe. Sie sind doch sehr unbedeutend eleviert. An den distalen Partien der Vorderarme mehr diskrete Papeln, in der Ellenbogenbeuge und an den unteren Teilen der

Oberarme gröfsere Haufen von mehr gesättigter Farbe. Die Handrücken werden eingenommen von dichtgedrängten gröfseren und kleineren Effloreszenzen, die nur unbedeutende normale Hautpartien zwischen sich frei lassen.

In den Handtellern einzelne stecknadelkopfgrofse, dünne Schüppchen; doch können an diesen Stellen Erhabenheiten oder Farbenveränderungen kaum wahrgenommen werden.

Am Halse ziemlich dicht gesäte, 1—4 mm messende, kaum elevierte Effloreszenzen, mit äufserst unbedeutender, kleinschuppiger Schuppung, und an Farbe kaum von der umgebenden Haut differierend. Bei Lupenvergröfserung tritt nur eine deutlichere markierte Hautfelderung hervor

An den Wangen vereinzelte, blafsgelbbraune, kaum elevierte, unscharf begrenzte Fleckchen ohne oder mit nur ganz unbedeutender Schuppung. An der linken Wange und unter dem linken Kieferwinkel je ein 5 mm messendes, lebhafter gefärbtes und stärker schuppendes Fleckchen.

Eine Relation der Effloreszenzen zu den Follikeln kann im allgemeinen nicht aufgewiesen werden.

Schleimhäute frei.

24. II. Infolge des nicht ganz typischen Aussehens des Ausschlages wurden heute einige kleine Effloreszenzen exzidiert, um einer histologischen Untersuchung unterworfen zu werden.

Unter Darreichung von Liq. ars. kal. drei bis fünf Tropfen dreimal täglich heilte der Ausschlag binnen eines Monats völlig.

Dieser Fall dürfte am ehesten als ein Lichen ruber verrucosus zu bezeichnen sein.

Die exzidierten Stückchen wurden in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet und mit Hämatoxylin-Eosin und nach van Gieson gefärbt.

Für die Freundlichkeit, mir für diese Arbeit das Laboratorium des Allgemeinen Krankenhauses in Malmö zur Verfügung zu stellen, bin ich Herrn Oberarzt Dr. F. Bauer zu Dank verpflichtet.

Die Untersuchung ergab, obwohl in nicht sehr ausgesprochenem Grade, die für Lichen ruber charakteristischen Veränderungen. Die Cutisveränderungen sind sehr geringfügig. Die kleinzelligen Infiltrate zeigen sich beinahe nur als den Gefäfsen entlang verlaufende Streifen. Die Veränderungen der Epidermis dagegen sind mehr ausgeprägt, obwohl manchmal auch nicht sehr hochgradig. Es besteht eine mäfsige, vorwiegend interpapilläre Akanthose. Aber andererseits erscheint hingegen an gewissen Stellen das Strat. filamentos. verschmälert. Die Parakeratose ist sehr deutlich; die einfache Schicht des Stratum granulosum wird im Bereiche der Effloreszenz zwei- bis mehrreihig. Die vermehrte Hornbildung tritt auch sehr deutlich zutage. An einigen Schnitten werden einige Unregelmäfsigkeiten des Verhornungsprozesses wahrgenommen. So sind z. B. stellen-

weise über eine ziemlich dicke Hornlage wieder einige Reihen nicht verhornte Zellen geschichtet. Im allgemeinen zeichnet sich die Hornschicht scharf gegen das unterliegende Rete Malpighi ab; an einzelnen Stellen aber ist der Verhornungsprozeſs tiefer ins Gewebe eingedrungen, so daſs die unteren Zellenreihen nahezu gänzlich fehlen und die Hornschicht beinahe bis an die Grenze des Papillarkörpers reicht; oder noch mehr, das ganze Rete ist in dem Verhornungsprozeſs hineingezogen, so daſs die Hornschicht ohne scharfe Grenze direkt in das Cutisgewebe übergeht.

Fall II. Mary H., 6 Jahre alt. Der Ausschlag besteht seit etwa einem Monat, hat sich allmählich, ohne besondere Unannehmlichkeiten zu verursachen, bis zum heutigen (Mai 1909) Standpunkte entwickelt.

An den Extremitäten sind spärliche Gruppen von Lichenefflоreszenzen ausgestreut. Die Primärefflоreszenzen sind am deutlichsten zu sehen an einigen Gruppen der Ellenbogenbeugen und der Kniekehlen. Hier finden sich kaum pfennigstückgroſse Haufen von Papeln, zusammengesetzt von zentralen, gröſseren, schuppenden Efflоreszenzen (die sich bei genauerem Betrachten in mehrere kleinere, dicht zusammenstehende Papeln auflösen), welche von einer Anzahl diskreter, zerstreuter, stecknadelspitzgroſser bis etwas gröſserer, scharf begrenzter, polygonaler Papeln von schwach rotbrauner Farbe und in seitlicher Beleuchtung schön perlmutterglänzender Oberfläche umgeben sind. An den vorerwähnten Stellen kommen aber auch gröſsere Haufen vor, wo die Einzelefflоreszenzen nicht so deutlich hervortreten, sondern die Stelle sich im ganzen mehr wie eine elevierte lichenifierte Fläche darstellt.

An den Fuſsrücken sowie an den Vorderflächen der Handwurzeln einzelne gröſsere Herde von demselben Aussehen wie das jüngst beschriebene.

An den Innenseiten der Oberschenkeln ein paar Gruppen von mehr hellroten, diskreten Papeln.

An der linken vorderen Achselfalte eine Gruppe sehr flacher, scharf begrenzter, deutlich polygonaler Papeln; eine ähnliche an der Innenseite des Oberarmes, nahe der Axilla.

An der rechten Achselfalte, dicht am Pectoralisrande, eine Gruppe von hellroten, polygonalen Papeln mit schön perlmutterglänzender Oberfläche. In der rechten Axilla einige kleine Gruppen von nicht sehr scharf begrenzten Efflоreszenzen von etwas tieferer Farbe.

Schleimhäute frei.

Ord. Liq. ars. kal. 3—5—6 Tropfen dreimal täglich.

18. VIII. wurde mir die kleine Patientin erst wieder vorgestellt. Die Familie war während des Sommers verreist gewesen.

Der Ausschlag ist an mehreren Stellen bedeutend besser. In den Ellenbogenbeugen und in den Kniekehlen sind jetzt nur Pigmentflecke zu

sehen. An den Handwurzeln noch blafsbraun gefärbte lichenifiierte Epidermisflächen. An den Achselfalten bedeutend besser. Beinahe geheilt an den Fufsrücken.

An den Innenseiten der Oberschenkeln sowie zwischen den Nates sind zehnpfennigstücks- bis talergrofse lichenoide, hier und da von diskreten miliaren Lichenpapeln umgebene Infiltrate von tief braunroter Farbe neu entstanden. — Ord. Sol. acid. arsenicos. aquosa (1 : 2000), einen Teelöffel pro Tag (= 2,5 mg), bis $1^1/_2$ steigend.

5. X. Die Herde an den Oberschenkeln vergröfsert, sie sind jetzt von der Gröfse einer Kinderhand, mit eingesenkter, tiefbrauner Mitte und breitem, eleviertem, reichlich schuppendem Rande von hellerer rotbrauner Farbe. An der Innenseite des Oberschenkels, gleich am rechten Lab. maj. eine Reihe typischer, frischer Lichenpapeln.

An der rechten Achselfalte noch nicht ganz geheilt.

In der Analfurche eine dem am Oberschenkel ähnliche Partie.

Ord.: Einen Dessertlöffel pro Tag (= 5 mg). Ol. cadinum-Pflastermull.

25. X. Keine Besserung. — Einen Efslöffel pro Tag (= 7,5 mg).

3. XI. Deutliche Besserung. — Zwei Dessertlöffel pro Tag (= 10 mg). Pflaster nur an den Beinen.

10. XI. Die Besserung schreitet fort. Pflaster wird ausgesetzt.

25. XI. An den Stellen, wo die grofsen lichenoiden Infiltrate gesessen, nur noch Pigment zu sehen. An den Achselfalten kaum Spuren vom Ausschlag. An den Füfsen sind noch einige kleinere Effloreszenzen zurückgeblieben.

8. XII. Alles geheilt. An den Fufsrücken besteht noch eine geringfügige Verdickung der Epidermis. Das Mädchen hat in der letzten Zeit oft über Übelkeit sowie Kopfschmerzen geklagt: sie schläft auch nicht sehr gut. — Ars. wird ausgesetzt.

23. XII. Keine neuen Eruptionen.

19. I. 1910. Die kleine Patientin wird mir heute wieder vorgestellt mit je einer kleineren Eruption von kleinen typischen Lichenpapeln an beiden Vorderarmen und an der medialen Fläche des rechten Knies vier bis fünf kaum einpfennigstückgrofsen lichenoiden Plaques. Eine ähnliche ist auch an derselben Stelle links zu sehen. — Hg-Karbolpflastermull. In Anbetracht der vorangegangenen Intoxikationserscheinungen wird die Arsentherapie bis auf weiteres hinausgeschoben.

26. I. Die Effloreszenzen an den Armen vermindert, an den Beinen nicht. Keine neuen Eruptionen.

31. I. Eine neue Effloreszenz an der medialen Fläche des linken Oberschenkels. — Pflaster wird ausgesetzt. Sol. acid. arsenicos 1 : 2000, einen Teelöffel pro Tag.

7. II. Alles schon heller geworden. — $1^1/_2$ Teelöffel pro Tag.

15. II. Die Herde an den Oberextremitäten abgeblaſst; die an den Beinen beinahe unverändert. In der rechten Inguinalfurche ein kleiner Haufen frischer, hellroter Effloreszenzen. An der linken Lab. maj. eine kleinere Gruppe. — Einen Dessertlöffel pro Tag.

22. II. Die Eruptionen bedeutend abgeblaſst. Frische Papelgruppen sind an der rechten Hinterbacke sowie an der linken Seite des Hypogastrium entstanden. — Therapie wird unverändert fortgesetzt.

8. III. Alle Gruppen in Rückbildung. — Zirka 6 mg pro Tag.

14. III. Die Rückbildung schreitet überall fort. — Einen Eſslöffel (7,5 mg) pro Tag.

21. III. Fortwährend langsame Rückbildung. Keine Intoxikationserscheinungen.

29. III. Bedeutende Besserung.

12. IV. Die Besserung geht langsam von statten. Die gröſseren Plaques sind freilich sehr bedeutend abgeflacht und auch viel blasser geworden. Am linken Fuſsrücken sind aber noch ein paar Gruppen typischer polygonaler Effloreszenzen zu sehen.

20. IV. Fortschreitende, obwohl ziemlich unbedeutende Rückbildung. Über der Symphyse eine kleine Gruppe von typischen, schön rosafarbenen, glänzenden Papelchen.

10. V. Seit der letzten Untersuchung ist der Ausschlag an allen Stellen bedeutend blasser geworden. Die gröſseren Plaques haben auch an Umfang sehr bedeutend abgenommen und mehr diffuse Grenzen bekommen. Die kleine neuentstandene Gruppe jedoch ist ganz unverändert geblieben, tritt vielleicht sogar etwas deutlicher hervor. — Zwei Dessertlöffel (= 1 cg) ad.

14. V. Die frische Papelgruppe ist nicht gröſser geworden.

21. V. Die Gruppe befindet sich in deutlicher Rückbildung: die übrigen auch. Die Kleine befindet sich ganz wohl.

30. V. Keine nennenswerte Veränderung. Allgemeinzustand gut. Keine Übelkeit. Keine Kopfschmerzen. Das Mädchen soll jetzt mit seiner Mutter sechs Wochen nach einem Kurort reisen. Die Überwachung der Arsentherapie wird dem Kurarzte übergeben. — 12,5 mg Acid. ars. Womöglich soll mit diesen Dosen fortgesetzt werden.

Dieser Fall ist auch dadurch besonders bemerkenswert, daſs der Ausschlag sich auch gegen in Anbetracht des Alters der kleinen Patientin sehr hohe Arsendosen refraktär verhält. Die Intoxikationsschwelle wurde bei der ersten Attacke überschritten, ehe der Ausschlag zum Schwinden gebracht werden konnte. Bei dem Rückfall konnten freilich noch höhere Dosen ohne Schaden gegeben werden — allerdings aber auch ohne zu nützen; der Ausschlag besteht noch fort.

Die Spirochaeta pallida bei der Syphilis der Mundhöhle.

Von

Dr. H. Schestopal,

Gew. Oberarzt der Warschauer dermatologischen kaiserlichen Universitätsklinik.

Vortrag,

gehalten am 20. Januar 1910 in der dermatologischen Gesellschaft in Odessa.

Bei der Untersuchung der Syphilitiker hat jeder von uns mehrmals Ulcus durum um seine Festigkeit zu beurteilen, sowie Papulae sicc. und madid. berührt und zweifellos ist in vielen Fällen die Haut unserer Finger im Moment der Untersuchung nicht ganz unverletzt gewesen, und doch sind Fälle von Ansteckung bei den Ärzten infolge solcher Untersuchungen sehr selten — ausnahmslos.

Und im Gegensatz zu dieser Tatsache beobachten wir massenhafte Ansteckungen bei geschlechtlichem Verkehr.

Jetzt, wo die Frage der Spezifität der Spirochaeta pallida fast erschlossen ist und die Methoden ihres Erwerbens vielseitig beleuchtet sind, kann der Grund der angegebenen Tatsache leicht erklärt werden: für die Ansteckung ist die bloſse Berührung der Oberfläche des Ulcus durum, der Roseola oder der Papulae nicht genügend, da der Urheber der Ansteckung sich nicht auf der Oberfläche der verletzten Stelle, sondern in den Säften des Gewebes befindet. Es ist noch ein Faktor notwendig — die Reibung.

Dieser Faktor soll vorhanden sein, nicht um die Produkte des Syphilitikers in das Gewebe des gesunden Menschen einzureiben, sondern um mit Hilfe der Reibung, respektive des Reizes, den Zufluſs des Saftgewebes, folglich der Spirochäten, auf die Oberfläche des Geschwürs, der Papulae zu fördern, und dann ist für die Ansteckung wahrscheinlich die bloſse Berührung genügend.

Und in einer Reihe mit dieser, ich werde sagen: „Gewaltansteckung" lesen wir und finden Tatsachen von der Ansteckung mit der Syphilis vermittels der Gläser, Löffel, Gabeln, Servietten, Küsse usw.

Diese Verhältnisse müssen die Voraussetzung fordern, daſs die Spirochaeta pallida in der Mundhöhle der Syphilitiker sich ganz oberflächlich befindet, und infolgedessen wäre die bloſse Berührung für die Ansteckung genügend und vielleicht wäre dafür sogar genügend, daſs der energisch abgesonderte Speichel des Kranken auf die aufgeritzte Oberfläche des gesunden Organismus gelangen würde.

Die Voraussetzung hat sich glänzend bestätigt in einer ganzen Reihe von Fällen in meiner Erforschung, welche ich teils wegen der angegebenen Voraussetzung unternommen habe, und teils, weil in den Arbeiten über die Pathogenese und Ätiologie der Syphilis, die ich die Gelegenheit hatte zu lesen, von der Frage über die Spirochaeta pallida in der Mundhöhle sehr wenig angeführt gewesen ist.

Prof. HOFFMANN[1] in der Mitteilung, die er in Bern gemacht hat, beschränkt sich auf die Hinweisung auf Prof. SCHLIMPERT, der die Spirochaeta pallida in der Mundhöhle gefunden hat.

Prof. SABOLOTNY, der in seiner Monographie[2] sehr vieles über die Entdeckung der Spirochaeta pallida angibt, erwähnt blofs die Spirochäte in den Geweben der Mundhöhle.

C. LEWADITI und J. ROCHÉ in ihrer Monographie[3] „La Syphilis“ erwähnen, dafs Spirochäten in den Mandeln, in der Zunge und in dem Gaumen von ROCHER, GROUVEN und FABRY, HELLER, RABINOWITSCH, THIBIERGE, RAVAUT und LE SOURD gefunden worden sind.

Da die gewöhnlichen Präparate der Absonderung, wie Prof. HOFFMANN sagt,[4] am wenigsten taugen, weil sie sehr wenige oder gar keine Spirochäten einschiefsen, so ist die einfachste Untersuchungsmethode des Erwerbens der Spirochaeta pallida die Untersuchung „der serösen Absonderung“. Zu diesem Zwecke mufs, nachdem die Oberfläche, die zu untersuchen ist, sorgfältig gewaschen ist, mit dem Skalpell vorsichtig die Hornschicht entfernt werden und mittels Reizen, das die Reibung der entblöfsten Oberfläche mit dem Skalpell oder mit der Öse eines Platinadrahtes hervorbringt (indem man die Blutergiefsung vermeidet), erwirbt man den Gewebesaft für die Erforschung aus der Rete und der Papillarschicht. Es mufs bemerkt werden, dafs es nicht immer gelingt in dieser etwas komplizierten Weise die Spirochäten zu erhalten.

Bei den syphilitischen Affekten der Schleimhaut des Mundes konstatiert man die Spirochäten viel leichter: es ist nicht nötig abzuschaben und das Reizen hervorzubringen — es genügt, etlichemal die Öse des Platinadrahtes, nachdem der Kranke den Mund mit etwas Wasser gespült hat, auf der verletzten Stelle durchzuführen, um etwas Schleim zu bekommen, auf das Objektivglas eine dünne Schicht aufzuschmieren, und dann kann man sicher eine oder mehrere Spirochaetae pallidae in dem Präparate finden.

Die Richtigkeit des Gesagten wird durch 22 Fälle, die ich untersucht habe, und vier, in welchen ich mehr als hundert Spirochäten

[1] Prof. E. HOFFMANN, Die Ätiologie der Syphilis.

[2] Prof. SABOLOTNY, Syphilis, seine Pathogenese und Ätiologie. Petersburg, 1909.

[3] C. LEWADITI-J. ROCHÉ, La Syphilis. Experimentation. Mikrobiologie. Diagnostic. Paris, 1909. S. 243.

[4] l. c.

gefunden habe, bestätigt. Die Fälle, in denen es mir nicht gelungen ist, Spirochäten zu entdecken, beziehen sich auf spezielle Perioden der Syphilis und sie scheinen die alte Meinung, daſs die Lues nicht in allen ihren Erscheinungen ansteckend ist, zu bestätigen. Für die Untersuchung waren bloſs Fälle mit offenbaren Symptomen der Lues gewählt und in fünf folgende Gruppen verteilt:

I. Gruppe. Zwei Fälle Erythema faucii syphil. Plaq. Palati mollis incipiens.

1. O. 17. April 1909. Syphilis I. 17. Juni Sypilis sec. recens. Therapie: Injectiones hydrarg. salic. emuls. 10%. NXII von 1,0 jede bis 27. August. 28. November Roseola annularis. Die Uvula und Palat. moll. fangen an trübe zu werden. Bei der Untersuchung des Schleimes der Uvula werden keine Spirochaetae pallidae gefunden.

2. K. ist etliche Monate krank, hat vier Injektionen von 10% Emulsion Hydrarg. salic. bekommen. Die letzte war vor einem Monat. 3. Dezember 1909 zweiseitige Erythema palat. moll., eine beginnende Plaque der rechten Mandel, Leukoderma des Halses, Roseola und Papulae madidantes.

In den Präparaten von Palat. moll. und von Papulae madidantes sind keine Spirochäten aufgefunden.

II. Gruppe. Drei Fälle von gummöser Syphilis der Mundhöhle.

1. K. Syphilis von 1902. Hat bis 1909 124 Injektionen von 10% Emulsion Hydrarg. salic. bekommen. Am 24. November beginnt eine neue Kur. Am 5. Dezember bei der Untersuchung einer heilenden Gumma Palat. duri sind keine Spirochäten aufgefunden.

2. H. Syphilis I von 1908. Hat in demselben Jahre sieben Injektionen 10% Emulsion Hydrarg. salic., im Jahre 1909 — 19 Injektionen, 7 bis 9 auf jeden Kursus der Kur, bekommen. Die letzte Injektion war am 17. September. Am 19. Dezember ein Gumma im Zerfall links.

3. B. Syphilis von 1906. 11. Juli 1909 Gumma Palati mollis im Zerfall. Hat drei Injektionen von 10% Emulsion Hydrarg. salic. und Kalii iodati per os bekommen. Am 10. Dezember 1909 wird das durchbohrende Geschwür Pallati mollis untersucht, aber keine Spirochäte gefunden.

Nachdem wir die zitierten Fälle analysiert haben, können wir die folgende Erklärung der Abwesenheit der Spirochaeta pallida geben. Die Fälle der I. Gruppe stellen anfängliche Phänomene der Syphilis vor, in welchen das Durchdringen der Spirochäte (daſs dieses geschieht, wissen wir aus den Forschungen des Prof. SCHLIMPERT[5]) zwischen die zylindrischen und glatten Zellen des Epithelium einstweilen gering ist und infolgedessen das Entdecken der Spirochäten schwierig wird.

---

[5] Zitiert nach HOFFMANN l. c.

Dafs dieses richtig ist, sehen wir aus GUSZMANS[6] Anweisungen, welcher die Spirochaeta pallida im Blute der Mandeln, das er beim Abschaben zwei bis drei Monate nach Ulcus durum penis bekam, gefunden hat.

Die Mandeln waren in seinen Fällen infiltriert, kompakt, es waren aber auf der Oberfläche keine Plaques, folglich waren die Spirochäten in der Masse der Mandeln und waren auf die Oberfläche noch nicht durchgedrungen.

Der Umstand, dafs die Spirochaeta pallida nicht in den Präparaten des gummösen Stadiums bei den drei Kranken der II. Gruppe gefunden worden ist, hatte wahrscheinlich den folgenden Grund: Diese Fälle waren zerfallende oder im Vernarben sich befindende Gummata. Aus Prof. HOFFMANNS, Prof. SABOLOTNYS und anderer Anweisungen wissen wir, dafs man für die Untersuchung auf die Spirochaeta pallida in den syphilitischen Erkrankungen der Haut die frischesten aus den verletzten Stellen zum Abschaben wählt. Es ist zu vermuten, dafs die Untersuchung am Anfange des gummösen Stadiums der Schleimhaut der Mundhöhle ein positives Resultat gegeben hätte.

Der Grund der Abwesenheit der Spirochaeta pallida in den heilenden oder in den zerfallenden Erscheinungen liegt, scheint mir darin, dafs der Parasit, unter der Wirkung der sich bildenden Spirolysinen, entweder den degenerativen Verwandlungen und dem Zerfall unterworfen wird, oder sich auf eine andere Stelle begibt.

Die III. Gruppe betrifft zwei Fälle von nichtkurierter Lues, die in dem Ambulatorium des städtischen Spitals konstatiert wurde.

1. Z. 3. Dezember 1909. Syphilis secund. recidiv. Papulae madidantes scroti et ani; Plaq. tonsillae sinistrae et Palati mollis. Die Untersuchung der Präparate der Absonderungen der Papulae scroti et ani gibt ein negatives Resultat. In den Präparaten der Verletzungen des Mundes sind Spirochaetae pallidae in geringer Zahl konstatiert worden.

2. G. 10. Dezember 1909. Syphilis secund. recidiv. Roseola; Papulae madidantes circa anum; Plaq. Palati mollis et tonsillarum. Die Untersuchung der Präparate der Absonderung der Papulae circa anum gibt ein negatives Resultat. In den Präparaten der Plaques sind Spirochäten in geringer Zahl konstatiert worden.

IV. Gruppe. Fünf Fälle, in denen die Kur früher angewendet war und das Rezidiv in der Zwischenzeit vorgekommen ist. Die Kur bestand aus wöchentlichen Injektionen 10% Emulsion Hydrarg. salic. per 1,0.

1. Z. 28. Mai 1909. Syphilis I. Hat 16 Injektionen bekommen, einen Monat später Angina syphil., Plaq. Palati mollis. In dem Präparate zahlreiche Spirochaetae pallidae.

---

[6] JOSEF GUSZMAN, Weitere Beiträge zur Pathogenese der Syphilisrezidive. „*Monatshefte für praktische Dermatologie.*“ Bd. 50, S. 10.

2. K. 20. Mai 1909. Syphilis I. 24. August Angina specifica. Hat bis zum 8. Oktober sieben Injektionen bekommen. Am 16. November Plaq. Palati mollis. Spirochaetae pallidae sind in großer Zahl konstatiert worden.

3. L. 19. September 1909. Syphilis I. Hat zehn Einschmierungen gemacht. 18. November Plaques und Papulae labii superiosis. In den Präparaten der Plaques und Papulae zahlreiche Spirochaetae pallidae.

4. R. 11. Januar 1909. Syphilis I. Hat bis zum 13. September zehn Injektionen bekommen. Am 26. November Angina syphilitica. Plaq. Palati mollis et tonsillae sinistrae. In den Präparaten zahlreiche Spirochaetae pallidae.

5. P. Syphilis I im November 1909. Hat sechs Einschmierungen bekommen. 10. Dezember 1909 Papulae auf der Haut des Körpers und Papulae exulceratae auf den Mandeln. In den Präparaten des Schleimes der Mandeln zahlreiche Spirochaetae pallidae.

Die V. Gruppe ist die interessanteste, weil die Untersuchung während der Kur, die aus Injektionen von 10% Emulsion Hydrarg. salic. per 1,0 bestand, ausgeführt worden war.

1. S. 28. November 1909. Syphilis II. Rezidiv-Roseola, Papulae, Plaq. tonsillae et labii inferioris. Man macht eine Injektion und untersucht fünf Tage später den Schleim der Plaque der Lippe. Spirochaeta pallida in geringer Zahl.

2. K. Syphilis I vom März 1909. Hat im August vier Einschmierungen bekommen. 29. November 1909. Plaq. Palati mollis. Man macht eine Infektion und sechs Tage darauf ist die Stelle der Plaque etwas trübe. In den Präparaten sind einzelne Spirochäten. Viel Diplokokken, Spirochaetae refringentes, dentium und bacil.

3. M. 24. September 1909. Syphilis II. Hat vier Injektionen bekommen. Einen Monat später Angina specifica und Plaques der Lippen. Man macht eine Injektion und untersucht den Schleim der verletzten Stellen der Lippen und der Mandeln. Es werden Spirochaetae pallidae in geringer Zahl konstatiert.

4. S. 13. Juni 1909. Syphilis II. Hat elf Injektionen bekommen. 1½ Monate später Rezidiv. Man macht drei Injektionen. 17 Tage später untersucht man den Schleim der Plaques und Papulae Palati mollis und Uvulae und konstatiert zahlreiche Spirochaetae pallidae.

5. G. 12. September 1909. Syphilis II. Die Untersuchung der Präparate des Schleimes der Plaq. tonsillarum und Papulae Palati mollis, welche sechs Tage nach vier Injektionen gemacht ist, zeigt Spirochaeta pallida in großer Zahl.

6. E. 13. August 1909. Syphilis II. Hat bis 13. September sechs Injektionen bekommen. 1½ Monate später Rezidiv. Die Injektionen

werden wiederholt. Die Untersuchung wird zwei Wochen nach fünf Injektionen bei Roseola recidiva, Papulae, Angina und Plaques vorgenommen und zahlreiche Spirochaetae pallidae gefunden.

7. N. Syphilis vom 29. September 1909. Hat seit 16. November zwei Kurse von vier bis fünf Injektionen bekommen. Vom 16. November bis zum 18. Dezember sechs Injektionen, und fünf Tage später bei der Untersuchung des Schleimes der beiden trüben Tonsillen sind zahlreiche Spirochaetae pallidae konstatiert.

8. T. 27. Mai 1909. Syphilis II. Zehn Injektionen. Einen Monat später Rezidiv, weshalb man noch sechs Injektionen gibt. Zehn Tage nachher untersucht man den Schleim Palati mollis, welcher ganz mit einem eitrigen diphtheritischen Häutchen bedeckt ist, und findet Spirochaeta pallida in großer Anzahl.

9. G. September 1909. Syphilis II. Bekommt sieben Injektionen, nach denen die Untersuchung des Schleimes der Plaques der linken Hälfte Palati mollis und tonsillae viele Spirochaetae pallidae gezeigt hat.

10. J. 1. September 1909. Syphilis II. Bis zum 7. Dezember werden elf Injektionen gemacht. Sieben Tage später wird bei der Untersuchung des Schleimes der Geschwüre und Plaques in Arco palato-glosso und Palati mollis eine große Anzahl der Spirochaeta pallida konstatiert.

11. P. 3. Mai 1908. Syphilis I. 24. Mai Roseola. Elf Injektionen; am 12. November Rezidiv — wieder bekommt der Kranke elf Injektionen; 1. März 1909 Rezidiv — acht Injektionen; 9. Juni 1909 Rezidiv — sieben Injektionen; 8. Oktober Rezidiv — acht Injektionen, und sechs Tage später zeigt die Untersuchung des Schleimes der Plaques der Zunge und des Zahnfleisches eine große Anzahl der Spirochaeta pallida.

12. D. 27. August 1909. Syphilis II recens. Sieben Injektionen und einen Monat darauf Rezidiv. Es werden zwölf Injektionen gemacht und sechs Tage später wird der Schleim der Plaques Palati mollis et tonsillae untersucht und zahlreiche Spirochaetae pallidae gefunden.

Wenn wir die drei letzten Gruppen untersuchen, so kommen wir zum Schlusse, daß bei der Anwesenheit der deutlich geäußerten sekundären Erscheinungen der Mundhöhle, unabhängig von der Lokalisation des Prozesses, — ob er sich auf der Schleimhaut Palati mollis, auf den Mandeln, den Lippen oder auf der Zunge befindet, — die Spirochaetae pallidae auf den verletzten Stellen ganz oberflächlich in großer Anzahl sind, und falls man beachtet, daß es nicht immer gelingt, die Spirochaeta pallida in den Präparaten der Absonderung der Oberfläche der Papulae madidantes scroti et ani zu entdecken, so kommt man unwillkürlich zu dem Schlusse, daß die Lues der Mundhöhle nach ihrer Kontagiosität unter allen Syphiliden die erste Stelle einnimmt.

Unfreiwillig kommt man auf die Frage, weshalb die Konstatierung der Spirochaeta pallida in den syphilitischen Verletzungen der Haut, sei es Roseola oder Papulae, so schwierig ist, weil sie die Entfernung des Epidermis und dann das Reizen des entblößten Gewebes fordert, während die Anwesenheit der Spirochaeta pallida in den Verletzungen der Mundhöhle sehr leicht konstatiert werden kann, weil es dazu genügt, die Öse des Platinadrahtes auf der verletzten Stelle durchzuführen?

Die Gründe, glaube ich, müssen folgende sein: erstens die Abwesenheit der hornigen Epidermis in der Mundhöhle, welche einen Panzer für das Durchdringen der Spirochäten auf die Oberfläche der Haut vorstellt, und zweitens die Anwesenheit des notwendigen Reizes in der Mundhöhle, wofür die Natur selbst gesorgt hat. Und wirklich, wir gebrauchen den Mund den ganzen Tag — bei dem Sprechen, Essen und sogar Atmen (als den Reiz hervorrufender Faktor wirkt hier die Veränderung der Temperatur), ohne von den Rauchern zu reden, bei denen die Erythema isthmus faucii und die Pharyngitis die beständigen den Reiz herbeiführenden Gefährten sind.

Die angegebenen Faktoren begünstigen zweifellos, da sie den Reiz verschaffen, die Erscheinung der Spirochaeta pallida auf der Oberfläche der Schleimhaut des Mundes, und deswegen ist die Syphilis der Mundhöhle unter allen anderen Syphiliden die am meisten kontagiöse.

Was die Technik anbetrifft, so ist ihre Anwendung in den untersuchten Fällen die folgende gewesen. Nachdem der Kranke den Mund mit etwas Wasser gespült hatte, wurde auf die verletzten Stellen die Öse des Platinadrahtes fest angelegt, etlichemal hin und zurück durchgeführt, dann wurde, wenn die Färbung nach Giemsa geschah, der Schleim, der sich auf dem Drahte gesammelt hatte, auf die Objektivgläser geschmiert; nach etlichen Minuten (in Abhängigkeit von der Quantität des Schleimes, ohne aber auf sein Austrocknen zu warten) wurde das Objektivglas in eine 10%ige Formalinlösung eingelassen, zwei bis drei Stunden später in eine Lösung der Giemsa Neufarbe (Aq. destill. 50,0 + solut. Lithii carbonici 1 : 1000 gtt 50 + Giemsas Lösung für die Romanowsky-Neufärbung gtt 50)[7] übertragen. Nach drei bis fünf Stunden wurde das Präparat herausgenommen, mit Wasser gespült, getrocknet und dann untersucht.

Bei dieser Färbung sah man in einer Reihe der Präparate (obgleich die verletzten Stellen vorläufig mit Wasser gespült worden waren) reine Kulturen von Spirochaeta pallida. Dies geschah in den Fällen, wo viele

---

[7] Azur II, Eosin 3 g + Azur II 0,8 + Glycerin (Mark chem. rein) 250 + Alkoholmethyl. (Kahlbaum I) 250. Zitiert nach Hoffmann und Sabolotny l. c.

Spirochäten in den Präparaten vorhanden waren, wogegen in einer anderen Reihe der Präparate, in welcher man bloſs einzelne oder eine geringe Zahl von Spirochäten fand, auch Spirochaeta refringens, Diplobacilli, Diplococci, aber auch in geringer Zahl, zu sehen waren. In den Präparaten aber, in welchen es nicht gelang, Spirochaeta pallida zu entdecken, war eine reiche Flora verschiedener Bakterien.

Daraus scheint folgender Vernunftschluſs zu entspringen: Die Anwesenheit der Spirochaeta pallida soll einen ungünstigen Faktor für die Existenz anderer Sorten von Bakterien vorstellen, folglich kann man, wenn während einer Untersuchung in einem Präparate viele Bakterien zu sehen sind, voraussagen, daſs die Spirochaeta pallida nicht zu finden sein wird.

Wenn man aber für die Präparate die Färbung nach BURRI[8] gebraucht, so muſs auf die Öse des Platinadrahtes mit dem Schleim der verletzten Stelle eine Öse eines anderen Platinadrahtes, die mit einer Lösung der chinesischen Tusche (1 Teil der Lösung chinesischer Tusche GÜBLERS, WAGNERS oder einer anderen Fabrik + 7—8 Teile destillierten Wassers) benetzt worden ist, aufgelegt werden. Nachdem der Schleim mit der Tusche imprägniert ist, wird eine dünne Schicht dieses Schleimes auf ein Objektivglas geschmiert und nach etlichen Minuten, die zum Trocknen nötig sind, das Präparat untersucht. Bei dieser Methode der Färbung bleiben alle Bakterien farblos und treten scharf mit ihrer weiſsen Farbe auf dem grau-schwarzen Grunde der Färbung hervor.

Die positiven Eigenschaften bei dieser Färbung, im Vergleiche mit GIEMSAS, sind erstens ihre Schnelligkeit und zweitens der dunkle Grund der Präparate, der die Retina des Auges bei längerem Mikroskopieren nicht so reizt, wie es bei der Untersuchung des grellrosa Grundes der Färbung nach GIEMSA geschieht. Eine negative Eigenschaft ist aber die schon von GINS[9] gemachte Beobachtung, daſs in der verkäuflichen Tusche eine Menge Bakterien existieren — folglich soll ihr Finden in dem Präparate uns nicht zurückhalten, die Spirochaeta pallida zu suchen, was wir bei der GIEMSA-Färbung nicht getan hätten. Um dies zu vermeiden, empfiehlt Dr. GINS die Tusche zu sterilisieren, abstehen zu lassen oder zu zentrifugieren und dann erst die Lösung zu gebrauchen.

Zum Schluſs halte ich es für eine angenehme Pflicht, meinen innigen Dank den geehrten Kollegen Herren Dr. GLARTCHE, Dr. EGIS und Dr. REISER zu sagen, für ihre liebenswürdige Erlaubnis, das Material der von ihnen

---

[8] Monographie. „Das Tuscheverfahren". Von Prof. Dr. ROBERT BURRI in Bern. Jena 1909.

[9] „Zur Technik und Verwendbarkeit des BURRIschen Tuscheverfahrens." Von Dr. med. H. A. GINS. *Centralblatt für Bakteriologie.* A. A. Bd. 52, H. 5 S. 620.

geleiteten ambulanten Kliniken des Spitals der Stadt Odessa zu gebrauchen und über die Krankenberichte zu verfügen. Ich bringe meinen herzlichen Dank dem Direktor des bakteriologischen Instituts in Odessa, Herrn Dr. SKSCHIWOM, für seine beständige Bereitwilligkeit, meinen Zweifel über die Wahrhaftigkeit der Spirochaeta pallida in den von mir untersuchten Präparaten zu heben.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Juli 1910.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. ARNDT demonstriert eine Frau mit ausgedehntem **Lichen nitidus**.

2. ARNDT demonstriert eine Frau und mikroskopische Präparate dieser Patientin: **rosaceaartiger Lupus miliaris.**

3. ARNDT demonstriert den Kranken mit **Lupus miliaris und Aknitis**, dessen Tuberkelbazillen enthaltende mikroskopische Präparate er in der Junisitzung gezeigt hat

Diskussion: SAALFELD weist auf gewisse klinische Besonderheiten (Fehlen von Komedonen) hin und empfiehlt therapeutisch den Thermokauter. ARNDT hat vom Thermokauter die besten Erfolge gesehen. BLASCHKO empfiehlt hohe Röntgendosis.

4. FISCHEL demonstriert ein junges Mädchen mit **Keratosis pilaris rubra**, auch im Gesicht.

Diskussion: SAALFELD empfiehlt (nach EHRMANN) Moorumschläge.

5. W. FRIEDLÄNDER demonstriert einen jungen Mann, der mit genitaler Sklerose und Roseola seinen ersten Luesausbruch typisch absolvierte, bei dem aber am Ende der Kur auf der Stirn eine primäraffektartige grofse Erosion entstand, gefolgt von Submaxillardrüsen rechts und erneuter Roseola: ob es sich hier um eine eigene stärkere Infektion an der Stirn handele, die unabhängig von der ersten schwachen Lues ihren ungehinderten, allgemeinen Verlauf vom Primäraffekt an nimmt, so dafs der Kranke **zwei Syphilisschübe** von verschiedenem Ausgangspunkt aus über sich ablaufen sieht.

Diskussion: PINKUS spricht über die Schwierigkeit, im Falle der Wiederholung einer sklerosenartigen Stelle zu entscheiden, ob es sich um Reinfektion oder um Rezidiv handle. BLASCHKO: Rezidive während der Kur sind sehr häufig, wenn man die Lues schon im Stadium des Primäraffekts behandelt.

6. BLASCHKO demonstriert **Follikulitiden** mit harten Komedonen an der Streckseite der Vorderarme und Vorderseite der Oberschenkel **bei Arbeitern** in Betrieben mit **Kienöl**, Terpentin: Buchdruckmaschinenreiniger, Möbelpolierer. Etwa ein Drittel der Arbeiter werden befallen, ein erheblich geringerer Prozentsatz als die gewerblichen Ekzemerkrankungen.

Diskussion: SAALFELD sah dasselbe bei Gewehrfabrikarbeitern. Die Benutzung reinen Petroleums verhütete das Zustandekommen. FISCHEL kennt es bei Gürtlern und Drechslern. Die Affektion zeigt wenig entzündliche Erscheinungen, ist aber sehr hartnäckig. BLASCHKO fand, dafs Heifswasserwaschen mit Bürste und Seife gleich nach der Arbeit vor Erkrankung schützt. Kaltwasserwaschen genügt nicht.

7. Fischel demonstriert einen handlichen **Apparat zur Erzeugung eines CO_2 Schneecylinders** (kleine Bombe für 20 Pf., Preis des Apparates bei Sérényi, Kaiser Wilhelmstrafse 56, Berlin, 75 Mark).

8. W. Friedlaender und H. Reiter halten einen Vortrag über **Vaccinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen.**

Turiner Gesellschaft für Dermatologie.

Originalbericht von Dr. Rühl-Turin.

Sitzung vom 15. Mai 1910.

Vorsitzender: Prof. Dr. G. Piccardi.

Piccardi gedenkt kurz des verstorbenen Prof. Mibelli, dessen horvorragende Verdienste um die Dermatologie er hervorhebt, und berichtet dann das Ergebnis der Abstimmung zur Ernennung des Vorstandes.

Piccardi berichtet über einen Fall von metastatischem **Angioma senile.** Es handelt sich um einen 65jährigen Gemüsehändler, bei welchem sich vor ungefähr drei Jahren am Scrotum elastisch-harte, dunkelrote, isolierte oder zusammenfliefsende Knoten verschiedener Gröfse entwickelten, begleitet von Ödem und starkem Juckreiz. Mehrere dieser Knoten wurden wund, mit transsudierender Oberfläche. Mit der Zeit verschwanden sie nach und nach zum gröfsten Teil; nur eine kleine Gruppe blieb zurück und nahm eine härtere, fast fibröse Konsistenz an.

Vor sechs Monaten traten neue intradermatische und subcutane, isolierte oder gruppenweise vereinigte, oder auch zusammenfliefsende Knoten in der rechten seitlichen Thoraxgegend auf. Dieselben waren längs dem Verlaufe der Rippen bündelähnlich angeordnet, erreichten jedoch weder hinten noch vorn die Körpermittellinie. Die Haut war an den Stellen, wo diese Geschwülste ihren Sitz hatten, ödematös und sowohl auf Druck wie spontan schmerzhaft.

Infolge zweier Röntgenbestrahlungen und besonders einer Arsenbehandlung (Einspritzungen von 0,005—0,01 arseniger Säure) verschwanden alle Knoten vollständig und hinterliefsen eine stark pigmentierte Haut. Zwei Monate nach der Unterbrechung der Kur trat aber auf derselben Thoraxhälfte eine neue Eruption auf.

Aus der histologischen Untersuchung verschiedener Knoten, welche in verschiedenen Stadien, vom ganz anfänglichen bis zu demjenigen der vollständigen Resorption, herausgeschnitten wurden, ergab sich, dafs die Läsion von den Blutkapillaren, und zwar vom Endothel derselben ausgegangen war, welches durch seine Wucherung zahlreiche spindelförmige Zellen erzeugt hatte. Diese waren stets so angeordnet, dafs sie mit normalem Blut gefüllte Kanälchen und Lakunen bildeten; als Stützgewebe diente ihnen ein Bindegewebsgeflecht, wahrscheinlich herstammend vom perivaskulären Bindegewebe oder vielleicht auch von einer Umwandlung der Endothelzellen selbst. In den alten Knötchen des Scrotums überwiegt dieses fibröse Bindegewebe über das endotheliale Element. An den Stellen, wo die Knoten resorbiert sind, sind die Spindelzellen verschwunden, dagegen sind grofse Haufen von Blutfarbstoff, umgeben von einem faszikulierten Bindegewebe, nachweisbar.

Auf Grund der klinischen und histologischen Charaktere glaubt Vortragender seinen Fall mit denjenigen identifizieren zu können, welche W. Pick unter der Benennung: **Angioma senile** beschrieben hat. Er hebt zu gleicher Zeit die grofse Ähnlichkeit des vorliegenden Falles mit dem **Sarcoma idiopathicum Kaposi** hervor, welches er, auf Grund der Untersuchungen von Radaeli, als vorwiegend aus endothelialen Elementen gebildet, betrachtet. Er ist der Ansicht, dafs die beschriebene Läsion, im Gegensatz zu Conforti, welcher das gewöhnliche Angiom **Haemangioma endotheliale benignum**, als **Haemangioma endotheliale metastaticum** zu benennen ist.

Piccardi berichtet über einen Fall von **Erythema elevatum et diutinum.**

20jähriger Gärtner. Nichts bedeutendes in der Erbschaft und in der Anamnese. Unter dem Einflufs rheumatisierender Momente (einmal stieg er in einen Brunnen herab und blieb dort mehrere Stunden; wegen seines Berufes hat er oft mit Wasser zu tun) bekam er im Juli 1909 eine von Schmerzen begleitete Anschwellung der Knie, der Beine und der Füfse. Die Schmerzen waren besonders am Morgen stark und verschwanden fast vollständig, wenn Patient im Bett lag. Kurze Zeit danach wurde Patient von wiederholten Attacken von Urticaria heimgesucht, und zur selben Zeit trat die gegenwärtige Dermatose aut, lokalisiert an: Ohrenmuscheln, Backen, Ellenbogen, Handrücken, Fingerrücken, Genitalien, den Knien, Fufsrücken, Knöcheln, Achillessehnengegend. Die Läsion bestand aus linsen- bis eincentimetergrofsen, 3 bis 5 mm über die Haut hervorragenden Tafeln, mit flacher Oberfläche, rötlicher Farbe und elastischharter, fast verrukoider Konsistenz. Diese jedenfalls hyperkeratotischen Tafeln waren zuweilen isoliert, meistens aber zu Flecken mit polycyklischen Umrissen konfluierend, und auf der Extensionsfläche der Gelenke lokalisiert. Ein Fleck im Sulcus balanopraeputialis war von kleinen Bläschen umgeben. Die Effloreszenzen sind schmerzhaft; der brennende Schmerz wird unter dem Einflufs der Kälte stärker, während er in der Wärme des Bettes verschwindet. Die Tafeln treten stärker hervor und sind ausgesprochener am Ende des Arbeitstages, während sie am Morgen mehr abgeflacht sind.

Aus der Blut- und Harnuntersuchung ergab sich nichts bemerkenswertes; die Tuberkulinprobe (0,0005 g trockenes Tuberkulin) fiel negativ aus; aus den Tafeln angelegte Kulturen und Versuche von Verimpfung auf Meerschweinchen fielen ebenfalls negativ aus.

Nach einer ungefähr vierwöchentlichen Arsenbehandlung (Fowlers Lösung, bis 20 Tropfen täglich) waren alle Tafeln gänzlich abgeflacht und an ihrer Stelle eine dunkelrote Verfärbung der Haut zurückgeblieben; die Schmerzen waren gleichfalls vollständig verschwunden.

Histologischer Befund: Hyperkeratosis, Akantosis, ausgebreitete Infiltration der oberflächlichen Lage des Coriums und der Papillarschicht, besonders in der Umgebung der Gefäfse des oberflächlichen Netzes. Diese Infiltration besteht vorwiegend aus mehrkernigen Leukocyten und aus durch Tyrosin intensiv färbbaren Kernkörnchen, während nur spärliche einkernige Lymphocyten und fixe Bindegewebszellen, und keine Plasmazellen nachweisbar sind.

Die vorliegende Affektion entspricht genau einem von Audry als **Erythématosclérose** beschriebenen und zwei von Dalla Favera beschriebenen Fällen, für welche dieser Autor die Benennung: **Erythema elevatum et diutinum** als die geeignetste bezeichnet. Auch Vortragender ist der Ansicht, dafs diese Benennung die beste sei, weil sie die Läsion mit den polymorphen Erythemen in Beziehung setzt, mit welchen sie aufser dem Aussehen und dem Verlauf auch die rheumatische Ätiologie gemein hat. Er ist des weiteren der Meinung, dafs diese Fälle von denjenigen unterschieden werden müssen, welche Crocker als Granuloma annulare beschrieben hat, und welche sich in klinischer und histologischer Hinsicht sehr dem **Sarkoid** von Boeck nähern.

Vittone teilt einen Fall von **Lichen ruber planus bandiforme** mit. Er hatte im Laufe von sechs Jahren in der dermatologischen Abteilung der Poliklinik Umberto I. bereits zwei weitere ähnliche Fälle mit linien- resp. streifenartiger Anordnung, längs dem Verlaufe einer Voigtschen Grenzlinie beobachtet, was eine ziemlich hohe Prozentzahl im Verhältnis zu der Gesamtheit der Fälle von Lichen darstellt.

Hierdurch wird seine Überzeugung verstärkt, dafs zwischen der Lokalisierung der Läsion und der Verteilung der Nerven tatsächlich eine Beziehung besteht, im Gegensatz zu der Ansicht Jadassohns, es handle sich nur um pathologische Zufälle.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um ein sechsjähriges Mädchen. Nichts bemerkenswertes in der Erbschaft. Das Mädchen wird seit einigen Jahren während der Winterzeit von Erythema pernio an den Ohrenmuscheln befallen und wird häufig von nervösen Anfällen heimgesucht, während welcher sie dyspnoisch und cyanotisch wird. Gegenwärtige Dermatose, lokalisiert auf der Hinterfläche des rechten Beines, begann an einem der ersten Abende 1910 im Anschlufs an einen der soeben erwähnten Anfälle und trat mit starkem Juckreiz auf. Die Läsion bestand damals nach Angabe der Mutter, welche sie erst besah, nachdem das Kind lange daran gekratzt hatte, aus einer diffuser Rötung der Haut. Am nächsten Tage war der Juckreiz verschwunden und auf der Hinterfläche des Beines beobachtete man, streifenartig angeordnet, zahlreiche hirsekorngrofse, stellenweise zusammenfliefsende Erhabenheiten von bräunlichgrauer Farbe und glänzendem Aussehen. Die Mutter behauptet, dafs der Juckreiz alle 14 Tage wieder eintritt und dabei 12 Stunden andauert, während welcher Zeit die Haut an der betreffenden Stelle roter wird, aber danach wieder das frühere Aussehen annimmt. Die Läsion hat sich im Laufe der Zeit ausgedehnt.

Gegenwärtig besteht die Dermatose in ihrem ganzen Verlaufe, von der Incisura ischiadica bis zum Malleolus externus, aus kleinen, hirse- bis hanfkorngrofsen, zum Teil zerstreuten und meistens entsprechend den Haarfollikeln gelegenen, zum Teil zu unregelmäfsigrandigen Flecken konfluierenden, bräunlichroten, wachsartig glänzenden, vollständig trockenen Tafeln oder Knötchen, welche über der Haut hervortreten und längs dem Verlaufe des Nervus ischiadicus bis zu seiner Zweiteilung und von da ab längs dem Nervus peronaeus communis angeordnet sind. In der Kniekehle sind die Flecken breiter und bestehen aus spitzen hervorragenden Tafeln, welche der Gegend ein sozusagen verruköses Aussehen verleihen.

Die Nervenkrisen, von welchen die Patientin befallen wird, die Entstehungsweise der Dermatose, ihr Verlauf, ihre Anordnung längs einem Nerven, und die verhältnismäfsige Häufigkeit, mit welcher man Fälle mit ähnlicher Anordnung antrifft, sind alles Argumente, welche nach Verfassers Ansicht für die nervöse Pathogenese dieser Form von Lichen sprechen.

XVI. Internationaler medizinischer Kongrefs. Budapest, Aug.-Sept. 1909.

Sektion XIII. Dermatologie und Venerische Krankheiten.

Zweites Heft.

Die Angioneurosen und die hämatogenen Hautentzündungen, von O. Rosenthal-Berlin. Dieses Referat wurde im *Arch. f. Dermat.* Bd. 101, Heft 1, in extenso publiziert und bereits in *diesen Monatsheften* besprochen.

Über die Verhornung, von P. G. Unna. Alle Hornsubstanzen enthalten aufser drei verschiedenen genau definierten Keratinen noch sehr viel leicht verdauliche Eiweifskörper, die als nicht verhornt zu bezeichnen sind, und in die Klasse der Albumosen gehören. Auch die Hornzellen bestehen aus drei verschiedenen Arten, welche chemisch verschieden zusammengesetzt sind.

Die Ätiologie der Syphilis, von E. Hoffmann-Halle. Kurzes Übersichtsreferat nebst Besprechung der Reinzüchtung „eines von der Spirochaeta pallida morphologisch nicht unterscheidbaren Mikroorganismus aus einer syphilitischen Leistendrüse."

Die idiopathischen Hautatrophien, von Georges Thibierge-Paris. Der Verfasser hält die Existenz der idiopathischen Hautatrophie für problematisch. Gewöhnlich gehe ein anderer primärer lokaler Prozefs voraus.

Die Behandlung des Lupus erythematosus, von Malcolm Morris - London. Es gibt kein spezifisches Mittel gegen Lupus erythematosus. Eines wird wirken, wo ein anderes ohnmächtig ist.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Rücksicht auf die Pathogenese, von EDUARD LANG-Wien. Seit 1892 übt LANG die operative Behandlung methodisch und hat seitdem im ganzen 412 Lupuskranke durch Radikalextirpation behandelt. Von diesen blieben im ganzen 262 vollkommen rezidivfrei. Unter den 412 Lupuskranken waren 90, deren Erkrankung im Gesicht und gröfser als ein Fünfmarkstück war. Diese machten im ganzen 3100 Verpflegungstage nötig mit einem Kostenaufwand von 7000 bis 8000 Kronen. Die FINSEN-Behandlung hätte mindestens 15 000 Tage und 15 000 Kronen nötig gemacht.

Die cutanen und subcutanen Sarkoide; ihre Beziehungen zu den Sarkomen, den Lymphodermien, der Tuberkulose usw., von J. DARIER-Paris. Es ist nötig, die Gruppe der Sarkoide aufrecht zu erhalten. Sie zerfallen in folgende Unterabteilungen: 1. Die cutanen Sarkoide (BOECK) oder die miliären Lupoide mit einer papulösen, einer tuberösen und einer infiltrierten Varietät. 2. Die subcutanen Sarkoide von DARIER-ROUSSY. 3. Die sich dem Erythema induratum nähernden Sarkoide oder nodöse und noduläre Sarkoide der Extremitäten. 4. Die Sarkoide von FENDT-SPIEGLER, welche sich den neoplastischen Lymphodermien nähern. Die drei ersten Formen kann man zu den Tuberkuliden rechnen. Die vierte Form ist wahrscheinlich infektiöser, vielleicht auch tuberkulöser Natur.

Radiumbehandlung des Carcinoms sowie gewisser hartnäckiger Erkrankungen der Haut, von WICKHAM- und DEGRAIS-Paris. Die Verfasser teilen ihre günstigen Erfolge bei malignen Tumoren, Angiomen, Keloiden, Naevi pigmentosi, Lupus und circumkripten Neurodermitiden mit.

Die Radiumbehandlung der Carcinome der Haut und der Schleimhäute, von H. DOMINICI und BARCAT. Für Schleimhautkrebse sowie für subcutane oder submuköse Carcinome verwendet D. seine sogenannten ultrapenetranten Strahlen, welche aus denjenigen Radiumstrahlen bestehen, welche dichte Metallplatten (Blei, Silber, Gold Platin) von $^4/_{10}$ bis mehrere Millimeter Dicke passiert haben.

Zur Frage der angioneurotischen und hämatogenen Entzündungen, von S. RÓNA-Budapest. RÓNA kommt „auf Grund der bezüglich der Herpes zoster- und Herpes simplex-Gruppe zur Verfügung stehenden ätiologischen, klinischen und anatomischen Tatsachen, sowie auf Grund der heutigen Entzündungslehre“ dazu, auch diese Gruppe zu den hämatogenen Erkrankungen zu rechnen und nicht mehr zu den neurotischen.

Die Superinfektion bei Syphilis, von RÓNA-Budapest. Im primären Stadium kann eine Superinfektion stattfinden, für das sekundäre und tertiäre Stadium ist sie nicht bewiesen.

Bisherige Erfahrungen mit der gezüchteten Spirochaeta pallida, von J. SCHERESCHEWSKY-Breslau. Die Züchtung von Spirochäten aus luetischem Material ist nach des Verfassers Methode auf erstarrtem Pferdeserum in einwandfreier Weise gelungen. „In bestimmter Extraktion sind die Kulturen an Stelle des Antigens im Komplementbindungsversuche zur Serodiagnose der Syphilis zu selten. Die Tierversuche verzeichnen nennenswerte Befunde, erlauben jedoch noch kein abschliefsendes Urteil über die ätiologischen Beziehungen der gezüchteten Spirochäte zur Syphilis.

Zur Frage über die blennorrhoischen und syphilitischen Veränderungen der Knochen, von W. M. BOJKOFF-Charkow. Beschreibung von RÖNTGEN-Aufnahmen dieser Erkrankungen im Zusammenhang mit dem entsprechenden klinischen Befund.

Intestinale Syphilis, von HUDELO und EMERY-Paris. Die Syphilis kann im Darm Pseudocarcinome verursachen, welche denjenigen des Pylorus (FOURNIER) ganz analog sind. Steht man einer chronischen Diarrhoe gegenüber, welche sich durch nichts erklären läfst und die jeder Behandlung trotzt, so mufs man an Syphilis denken.

Die syphilitischen Strikturen sind selten und schwer zu diagnostizieren. Die sogenannten entzündlichen Tumoren des Darmes sind wahrscheinlich alle syphilitisch.

Das Verhalten des neutrophilen Blutbildes bei Syphilis, von H. Kanitz-Kolozsvár. Die Syphilis vermag eine Veränderung im Leben der neutrophilen Leukocyten (Arneth) hervorzurufen. Es besteht gewöhnlich eine Vermehrung der jüngeren Zellformen, und zwar ist sie am stärksten im Eruptivstadium.

Über den Einfluſs der Arsen- und Quecksilberbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion, von Giuseppe Messineo-Turin. Die Atoxylkur beeinfluſst nur selten, die Merkurialkur immer die Wassermannsche Reaktion, und zwar am meisten das Kalomel und das Sublimat. Die Atoxylkur vor der Quecksilberkur ist von gar keinem Einfluſs auf die Reaktion, hingegen nach derselben vervollständigt sie ihre Wirkung. Mitten in der Quecksilberkur kann die Reaktion negativ sein, um gegen Ende derselben wieder positiv zu werden. Dies ist beim Atoxyl viel seltener der Fall.

Wert der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Imre Basch-Budapest. Statt der einfachen Einteilung in positive und negative Serumreaktion unterscheidet der Verfasser fünf verschiedene Grade derselben. Er findet, daſs bei klinisch manifester Syphilis die starke Reaktion, mit der mittelstarken verglichen, sechsmal häufiger vorkommt, während bei der latenten Syphilis nur dreimal häufiger. Dies würde ein Anzeichen dafür sein, daſs die Reaktion bei nicht behandelter manifester Syphilis im Durchschnitt stärker sei, als bei nicht behandelter latenter Syphilis.

Weitere Mitteilungen über die Serumreaktion bei Syphilis, von Emil v. Brezoosky-Budapest. Nichts Neues.

Über Histologie und Ätiologie der atrophisierenden Dermatitiden, von M. Oppenheim-Wien. Der Verfasser geht besonders auf die Frage ein, ob die Tuberkulose als Ätiologie für die atrophisierenden Darmatitiden in Betracht käme. Aus seinen Untersuchungen geht hervor, daſs die Tuberkulose und deren Toxine keine elektive Wirkung auf die elastischen Fasern ausüben. Die elastischen Fasern werden wahrscheinlich durch ein von den Zellen geliefertes Ferment zerstört.

Sklerodermien und idiopathische Hautatrophie, von S. Ehrmann-Wien. Circumskripte und diffuse Sklerodermie sollen scharf voneinander getrennt werden. Bei der ersteren, die auch einer Heilung zugänglich ist, haben wir es mit einer vorübergehenden, nicht zu tiefen Störungen des Organismus führenden Intoxikation zu tun, bei der diffusen mit einer dauernden, schweren Gesamterkrankung, zu deren Ätiologie in hervorragenstem Maſse die Tuberkulose gehört.

Noch schärfer zu trennen von diesen beiden Formen ist die als Erythromelie (Pick) bezeichnete in Atrophie übergehende Erkrankung, die von Kaposi als idiopathische Hautatrophie, von Herxheimer als Akrodermatitis atrophicans beschrieben wurde.

Die Radiumbehandlung der Neurodermitis, von A. Bayet Brüssel. Die Arbeit wurde bereits in *diesen Monatsheften* besprochen.

Die quadrillierten linearen Scarifikationen in der Behandlung des Lupus vulgaris und speziell des Nasenlupus, von Brocq-Paris. Die Scarifikationen heilen den Lupus ebensogut und mit ebensoguten Narben als die Finsentherapie. Sie können aber nur angewandt werden, wenn der Lupus nicht zu ausgedehnt ist und dünne Hautstellen befallen hat, welche auf fester Unterlage ruhen, wie z. B. bei der Nase.

Behandlung des Lupus tuberculosus, von de Beurmann, Degrais und Vaucher-Paris. Eine kritische Besprechung sämtlicher wirksamer Bahandlungsarten.

Beitrag zur Behandlung des Lupus, von J. Miklós-Dunaszerdahely. Eine angeblich neue Behandlung mit Umschlägen von 5%iger Karbolsäure.

Über die Krankheit „Buba“, von De Amicis-Neapel. Bemerkungen über drei

in Neapel beobachtete Fälle von Framboesia. Die Arsacetinkuren waren von geringem Erfolge begleitet.

Über die brasilianische Framboesia oder Bouba nach neueren Publikationen, von ACHILLE BREDA-Padua. Eine literarische Studie über alle dieses Thema betreffenden Publikationen.

Deformierendes Narbenkeloid mit Radium behandelt, von GAUCHER, WICKHAM und DEGRAIS-Paris. Es handelte sich um ein Keloid nach tiefer, luetischer Ulceration, welches die Unterlippe nach unten zog, so daſs die Zähne unbedeckt waren. Das Resultat war ein sehr befriedigendes.

Studien über einige anomale Formen von Lichenifikation, von BROCQ und PAUTRIER-Paris. Zu diesen Formen zählen die Verfasser: 1. Hypertrophische Formen, welche eine derartige Entwicklung annehmen können, daſs sie Mycosis fungoides-Tumoren vortäuschen. Ihr histologischer Bau entspricht am meisten den Veränderungen der Elephantiasis. Sie kommen besonders am Mons und Scrotum vor, und zwar besonders bei kleinen Kindern. 2. Hyperkeratotische Formen, welche dem „Lichen obtusus corneus" und der Urticaria perstans entsprechen. Sie finden sich besonders an den Extremitäten. In der Umgebung derselben können sich typische Lichenifikationen finden. 3. Die diffusen Lichenifikationen des Gesichts. Diese Fälle sind selten. Das ganze Gesicht verwandelt sich in eine trockene, rugöse, verdickte und gefurchte Fläche. 4. Die Lichenifikationen des Haarbodens, welche besonders in der Nacken- und Ohrgegend im Anschluſs an pityriasische und psoriatische Erkrankungen auftreten. 5. Die Lichenifikation der Handteller.

Das Angio-Lupoid, von BROCQ und PAUTRIER-Paris. Ausschlieſslich bei Frauen in den 40er Jahren kommt in der Gegend der Nasolabialfurchen eine papulöse Erkrankung vor, deren Hauptcharakteristikum Teleangiektasien mit weicher Infiltration sind.

Sie verschwinden nicht spontan und sind auch der Therapie gegenüber äuſserst hartnäckig. Klinisch stellen die Verfasser diese Affektion in die Gruppe der atypischen Hauttuberkulosen zu den Sarkoiden. Histologisch unterscheidet sich die Läsion kaum vom Lupus. Es sind aber keine Bazillen nachweisbar, auch ist die Inokulation negativ.

Über die Trichophytie in Japan, von H. YAMADA-Tokio. 78% aller Trichophytiefälle kommen auf die Mikrosporie. Trichophytie des Bartes ist in Japan selten, häufig hingegen die der Nägel. Die Mikrosporie läſst sich bereits vor 1000 Jahren in China und Japan nachweisen.

Häufigkeit der DE BEURMANNschen Sporotrichose. Leichtigkeit ihrer Diagnose. Ihre prognostische und therapeutische Bedeutung, von DE BEURMANN, GOUGEROT, VAUCHER-Paris. Kurze Zusammenfassungen der bisherigen Veröffentlichungen.

Über Pyämide, von LUDWIG MERK-Innsbruck. Unter Pyämiden versteht der Verfasser Hauterscheinungen, welche durch pyämische Produkte auf hämatogenem Wege erzeugt werden. Dieselben können unter den mannigfachsten klinischen Formen, als Erythem, als Purpura, als Pusteln und Vesiculopusteln auftreten. Viele sogenannte rheumatische und urämische Dermatosen würden in dieser Gruppe einzureihen sein.

Bemerkungen über den Gebrauch löslicher Quecksilbersalze bei der intensiven Behandlung im Beginn, von CARLE-Lyon. Die Behandlung wird 30 bis 50 Tage nach Auftreten des Schankers begonnen, und zwar werden jeden zweiten Tag zirka 0,04 g Hydrargyrum bijodatum oder benzoatum intramuskulär injiziert. Nach 20 Injektionen tritt eine 20tägige Pause ein und nach dieser wird die gleiche Anzahl Injektionen wiederholt. Nach einer neuen Pause von einem Monat wird eine Serie von acht Injektionen von je 8 bis 12 cg Oleum cinereum in achttägigen Intervallen gegeben und diese Kur bis zum Ende des ersten Jahres noch zweimal wieder-

holt. Im zweiten Jahre kommen vier bis fünf Serien von sechs Injektionen grauen Öls, im dritten Jahre drei und im vierten Jahre zwei.

Die Abortivkur der Syphilis durch eine intensive Frühbehandlung, von ROB. DUHOT-Brüssel. Die Abortivkur muſs vor dem zwölften Tage nach Auftreten des Schankers beginnen. Dazu müssen womöglich der Schanker exzidiert und die Inguinaldrüsen durch Injektion von Quecksilbersalzen sterilisiert werden. Es sollen ferner möglichst intensive und langandauernde Kuren gemacht werden nach folgendem Schema: 15 Injektionen graues Öl zu je 0,07—0,14 cg, dann 8—10 und zuletzt Serien von 8 immer in zwei- bis dreimonatlichen Abständen. Ist die Behandlung dermaſsen eingeleitet, so genügt eine dreijährige Dauer derselben, wenn in der ganzen Zeit die Serumreaktion beständig negativ blieb. Letzteres ist gewöhnlich immer der Fall, wenn die Behandlung vor dem zwölften Tage begonnen wurde.

Über die Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter, von L. BECK-Budapest. Bei Kindern schlieſsen sich viele Hautkrankheiten direkt an überstandene Infektionskrankheiten an. Die Haut zeigt dann eine gesteigerte Disposition zu solchen Veränderungen, die durch bakterielle oder toxische Substanzen verursacht werden. Hierher gehören auch die postvaccinalen Ausschläge (Erythem, Urticaria, Lichen urticatus usw.).

Über die Lepra bei den japanischen Stellungspflichtigen und ihr Verhältnis zur Gesamtausbreitung in Japan, von H. YAMADA-Tokio. Durchschnittlich werden jährlich 539 Lepröse unter den Stellungspflichtigen Japans gezählt.

Über Lepra, von MATHIAS DOBROVITS-Pozsony. Kurzer Bericht über eine lepröse Familie in Pozsony.

Die aktive Immunisierung bei Akne, Furunkulose und Sykosis, von JOSEF SELLEI-Budapest. Die besten Erfolge sah der Verfasser bei Furunkulose, die schlechtesten bei Akne. Immer war das von den einzelnen Patienten für denselben direkt hergestellte Autovaccin dem von einem fremden Stamm hergestellten Vaccin überlegen.

Über seltenere Hautgeschwülste, von H. FASAL-Wien. Es handelt sich um ein rasches Anwachsen einer Xanthoma planum palpebrarum zu nuſsgroſsen derben Tumoren und ein gleichzeitiges Gröſserwerden des knöchernen Nasengerüsts. Mikroskopisch war nur eine Hyperostose der Nase und ein vollkommen gutartiges Xanthom nachzuweisen. In einem anderen Falle von multiplen Cysten der Talgdrüsen war von Interesse, das am Rumpfe zerstreute Auftreten von derben, gelben, kirschkerngroſsen an Xanthome erinnernden Tumoren, welche histologisch den Follikelcysten CHIARIS am nächsten stehen.

Über den Wert der Salbe als Nachbehandlung für die Schuſswunde im Krieg, von H. YAMADA-Tokio. Empfehlung der Borsalbe für Schuſswunden und beim schankerartigen Bubo.

Erfahrungen über die Oleum cinereum-Behandlung der Syphilis, von H. KANITZ und VERESS-Kolozsvar. Die Verfasser raten zu groſser Vorsicht bei Verwendung des Oleum cinereum. Besonders die groſsen Dosen (0,14 cg) sind gefährlich und können, trotzdem die Kranken während der ganzen Kur sich ausgezeichnet befinden, noch spät schwere Quecksilbervergiftung hervorrufen. *Gunsett-Straſsburg.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 102, Heft 2 u. 3. Juni 1910.

1. **Über die Ausgänge der Dermatitis atrophicans (Atrophia cutis idiopathica)**, von M. Oppenheim-Wien. Die papierdünne Atrophie der Haut bei idiopathischer Hautatrophie ist nach den Beobachtungen von O. nicht das Endstadium des Erkrankungsprozesses; auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und histologischen Befunde möchte O. drei klinisch verschiedene Formen als Ausgang bei atrophisierenden Dermatitiden unterscheiden: 1. das Auftreten von Fettgewebe in den höheren Cutisschichten nach Degeneration des Bindegewebes; 2. die Entwicklung von Fibromen bei gleichzeitiger randständiger Erweiterung und Schlängelung der Blutgefäſse; 3. die Entwicklung eines sklerosierenden Bindegewebes mit Neubildung von Elastika, klinisch als weiſse, starre, unfaltbare Haut auftretend.

2. **Ulcus neuroticum mucosae oris (chronische Aphthen)**, von J. Loeblowitz-Olmütz. L. hat Gelegenheit gehabt, bei mehreren Mitgliedern einer Familie durch mehr als ein Jahrzehnt ein Krankheitsbild zu beobachten, das mit der von Amerikanern und Engländern als „neurotic ulcer" bezeichneten Affektion übereinstimmt. Es handelt sich um aphthenartige Mundgeschwüre mit eigentümlichem, typischen, nur in seiner Intensität wechselnden Verlauf. „Der Patient fühlt, sofern die Stelle mit der Zunge erreichbar ist, ein Knötchen auf oder vielmehr unter der Schleimhaut der Wangen, Lippen, das ohne eine ihm bekannte Ursache und schmerzlos auftritt; dasselbe vergröſsert sich durch ein bis zwei Tage und meist unter leichten Fiebererscheinungen entwickelt sich an der Spitze des halbkonvexen Hügelchens ein sich rasch vergröſserndes Geschwür .... Letzteres stellt sich als ein unregelmäſsig, aber scharf begrenzter Substanzverlust von Linsen- bis Bohnengröſse dar, der mit einem grauweiſslichen nicht abwaschbaren Belag bedeckt ist; es besteht ein ziemlich hoher Infiltrationswall mit mehr oder minder breitem Entzündungshof."

Differentialdiagnostisch kommen neben dem Ulcus folliculare mucosae oris vor allem ulceröse Syphilide der Mundschleimhaut in Betracht und sog. Herpes buccalis. Auch in der deutschen Literatur sind ähnliche Krankheitsbilder beschrieben und als chronische Aphthen der Mundschleimhaut bezeichnet. Unter dem gleichen Namen werden aber eine Reihe anderer, offenbar davon zu trennender Krankheitserscheinungen zusammengefaſst, darum möchte Verfasser das geschilderte Krankheitsbild unter die Bezeichnung Ulcus neuroticum abtrennen.

Ätiologisch möchte L. das Ulcus neuroticum auffassen als eine neurotische Schleimhautgangrän im Sinne der neurotischen Hauterkrankungen Kreibichs.

3. **Über Impetigo herpetiformis gravidarum Hebrae und die Pathogenese der groſsen Schwangerschaftsdermatosen**, von Wechselmann-Berlin. Ausführliche Mitteilung eines dem ursprünglich von Hebra aufgestellten Typus der Impetigo herpetiformis gravidarum entsprechenden Falles bei einer 21jährigen Frau: die unter schwersten Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber verlaufende Affektion kam unter monatelanger geeigneter Pflege zur Heilung, aber nur um bei einem zwei Jahre später gelegentlich einer neuen Schwangerschaft eintretenden Rezidiv den Tod herbeizuführen. Es erscheint W. berechtigt, zur sicheren Diagnose der echten Impetigo herpetiformis gravidarum Hebrae neben den klinischen charakteristischen Symptomen den Zusammen-

hang der Krankheit mit dem Vorgang der Schwangerschaft und der puerperalen Involution zu fordern. Ebenso erscheint wesentlich die Sterilität des Pustelinhaltes und Blutes (die auch im beschriebenen Falle durch zahlreiche exakte Untersuchungen sichergestellt wurde), da Staphylokokken- und Streptokokkenprozesse wohl ähnliche klinische Bilder hervorzurufen imstande sind, aber im ganzen Verlauf sich deutlich unterscheiden. Überhaupt erscheint es W. vorteilhafter, die Morphologie des Exanthems nicht zu sehr in den Vordergrund zu stellen, sondern vielmehr an Schwangerschaft und Wochenbett geknüpfte Dermatosen: Allgemeine Erytheme, Herpes gestationis, Pemphigus gravidarum, Impetigo herpetiformis als ätiologisch ähnliche Krankheiten aufzufassen.

Als Ursache erscheint eine Autointoxikation sehr naheliegend. W. führt eine Reihe Momente an, die für eine Fermentintoxikation sprechen.

4. **Hereditäre rudimentäre Dariersche Krankheit in familiärer Kombination mit atypischer kongenitaler Hyperkeratose,** von L. Rothe-Bern. Sehr interessanter Beitrag zur Kasuistik der Darierschen Dermatose, der ausgezeichnet ist 1. durch die Heredität, und zwar die Heredität in einer ganz bestimmt lokalisierten, aufsergewöhnlichen Form; 2. durch diese aufsergewöhnliche Form selbst, d. h. rudimentäre Entwicklung, stabile Lokalisation ausschliefslich an den Händen und in viel geringerem Grade am Halse; 3. durch familiäre Beziehungen zur Gruppe der kongenitalen Verhornungsanomalien. Es handelt sich um eine 34jährige Patientin, deren verstorbene Mutter genau die gleiche Affektion an den Händen gehabt haben soll Einwandfreier, weil selbst beobachtet, erscheinen die nach Abschlufs der Arbeit gesehenen und im Nachtrag der Arbeit mitgeteilten Fälle ganz gleicher Lokalisation und Ausbreitung, ebenfalls bei Mutter und Tochter. Die durch die histologische Untersuchung in dem einen Falle erhärtete Diagnose wird durch Rückblicke auf die Literatur in ihrer Eigenart näher beleuchtet.

Die bei dem zehnjährigen Knaben der ersterwähnten Frau beobachteten follikulären Hyperkeratosen an den Armen geben dem Verfasser Gelegenheit, die Beziehungen des Darier zur Ichthyosis und zu den kongenitalen Epidermisanomalien überhaupt einer Betrachtung zu unterziehen und aus der Literatur zu belegen.

5. **Über Lupus pernio („Lymphogranuloma pernio“),** von C. Kreibich-Prag. K. schliefst sich Zieler an, dafs Lupus pernio nicht Tuberkulose ist, sondern einen Granulomprozefs darstellt, der mit Rücksicht auf die anatomische Übereinstimmung mit Lymphogranuloma zu identifizieren ist, „wobei die klinische Eigenart obiger Form am besten durch die Bezeichnung „Lymphogranuloma pernio“ gekennzeichnet wäre“. Zwei klinisch einwandfreie Fälle mit genauer histologischer Untersuchung, in denen sowohl Tuberkulininjektionen wie Tierimpfungen negativ ausgefallen waren.

6. **Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der „toxischen“ Tuberkulosen der Haut,** von Karl Zieler-Würzburg. Die Untersuchungen des Verfassers haben ergeben, dafs die Tuberkulinreaktion bei Hautimpfung durchaus nicht durch tote Bazillen oder Bazillenbestandteile hervorgerufen wird, sondern durch echte Lösungen aus TB stammender Stoffe. Die durch die Dialysate hervorgerufenen Veränderungen zeigen zwar eine schwächere Ausbildung und sind vielleicht weniger charakteristisch als die mit den verschiedenen Tuberkulinen erzeugten Bildungen, aber von ihnen nur graduell verschieden und können histologisch ebenfalls nur als spezifische Tuberkulose bezeichnet werden. Ihre Spezifität beweisen alle diese Veränderungen auch dadurch, dafs an ihnen bei subcutaner Zuführung von Alttuberkulin eine typische Herdreaktion auftreten kann. Dafs es sich um rein toxisch entstandene Bildungen handelt, nicht um traumatische Tuberkulose, hervorgerufen durch auf dem

Blutwege zugeführte TB, geht daraus hervor, dafs sie stets restlos abheilen und dafs demgemäfs auch nach Verlauf mehrerer Monate eine positive örtliche Tuberkulinreaktion nicht mehr zu erzielen ist. Die Dialysate allein sind imstande, wenigstens am Ort der stärksten Einwirkung, eine Koagulationsnekrose zu erzeugen, also eine Wirkung auszuüben, die man allein den Bazillenkörpern hat zuschreiben wollen.

Während Hautimpfungen mit anderen Stoffen (Lösungen von Eiweifsstoffen und bakterielle „Toxine", wie Staphylolysin, Mallein, Trichophytin) wohl klinisch zu ähnlichen Reaktionen führen können, wie die verschiedenen Tuberkuline, und zwar sowohl bei klinischer Tuberkulose wie bei anderen Erkrankungen, sind diese Reaktionen zum Teil schon bei histologischer Untersuchung ohne weiteres von Tuberkulinhautimpfungen zu unterscheiden. Ihre völlige Verschiedenheit davon und gleichzeitig die Spezifität der Tuberkulinhautimpfungen beweisen sie aber dadurch, dafs sie niemals wie diese auf Tuberkulin örtlich reagieren.

Was nun die sog. toxischen Hauttuberkulosen oder „Tuberkulide" anlangt, so gilt für sie genau so wie für die sicheren bazillären Tuberkulosen und für die experimentellen Ergebnisse, dafs die Stärke der örtlichen Veränderungen zunächst abhängt von der Menge und der Virulenz der TB bzw. der Stärke der „Toxine". Vielleicht ist auch die Dauer und Intensität der Einwirkung von Einflufs. Dementsprechend finden sich auch alle Übergänge von einfachen, uncharakteristischen, chronisch-entzündlichen Prozessen zu typisch-tuberkulösen Strukturen.

Immerhin ist damit, dafs die Untersuchungen die Möglichkeit des Vorkommens rein „toxischer" Tuberkulosen ohne örtliche Mitwirkung von TB beweisen, noch kein Rückschlufs auf die Entstehung der Tuberkulide gegeben, sondern alles, was wir darüber an positiven Kenntnissen besitzen, deutet in letzter Linie auf die Entstehung dieser gutartigen Hauttuberkulose durch TB hin, wenn auch für die Erklärung der recht oft ausgedehnten und schweren örtlichen Veränderungen bei ihrer zweifellosen Gutartigkeit „Toxine", und wohl nicht nur an Ort und Stelle entstandene, mit herangezogen werden müssen. Zusammenfassend möchte Z. glauben, dafs die „Tuberkulide" sich zwar am besten als Überempfindlichkeitsreaktionen erklären lassen, aber als Überempfindlichkeitsreaktionen hervorgerufen durch verschleppte TB.

7. **Über Jododerma tuberosum; nebst Bemerkungen zu mehreren den Jodismus betreffenden Fragen,** von Richard Fischel und Paul Sobotka-Prag. Die Verfasser berichten über einen Fall von Jododerma tuberosum mit Nephritis, der sich vor anderen auszeichnet durch eine Schleimhautaffektion an der Zunge, und zwar anscheinend in der selten vorkommenden tuberösen Form und durch Bildung papillärer Erhebungen im Anschlufs an den geschwürigen Zerfall der einzelnen Knoten. Der Fall gibt den Autoren Gelegenheit, die gesamte Literatur zu sichten und zu besprechen (aufserordentlich reichhaltiges, wohl ziemlich vollständiges Literaturverzeichnis!) und an der Hand derselben die Beziehungen der einzelnen Erscheinungsformen des Jodismus zu erörtern sowie überhaupt den Ursachen desselben eingehend nachzuforschen.

Daraus geht hervor, dafs bei Jodismus fast immer eine Retention nachweisbar ist, dafs aber wahrscheinlich darin nicht das Wesentliche der Erkrankung liegt; vielmehr dürfte die Zurückbehaltung anderer zur Ausscheidung bestimmter Stoffe die entscheidende Rolle spielen. Daraus erklärt sich auch, dafs Erscheinungen des Jodismus besonders häufig anzutreffen sind, wenn Allgemeinstörungen vorliegen, besonders Nieren- und Herzleiden, bei denen in erster Linie die schweren Erscheinungen sich zu finden pflegen.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band 13, Nr. 9. Juni 1910.

1. **Über Jodtropon,** von Franz Fischer - Berlin. Empfehlung eines Ersatzpräparates für Jodkalium, das bei 40 Syphilitikern zur Verwendung gelangt ist und nie Zeichen von Jodismus im Gefolge gehabt hat. Auch über Magenbeschwerden wurde von keinem Patienten geklagt. Allerdings ist die Einwirkung eine sehr langsame, was bei der geringen zur Verwendung kommenden Dosis auch verständlich erscheint: eine Tablette Jodtropon enthält nämlich nur 0,05 Jod. F. schiebt aber die fehlenden Nebenerscheinungen nicht auf diese kleine Dosis, sondern hält es für am wahrscheinlichsten, dafs die Reizerscheinungen bei Jodkalium durch das freiwerdende Kalium ausgelöst werden.

2. **Ein Fall von generalisiertem Favus,** von Savićević-Belgrad. Kasuistik: Erkrankung eines 14jährigen Bauernmädchens. Zwei Abbildungen.

3. **Über Leukonychia totalis,** von Hedderich-Augsburg. 28jähriger Kaufmann, der seit frühester Jugend, wahrscheinlich schon seit der Geburt, erkrankt ist, ohne dafs in der Familie ähnliche Anomalien nachweisbar waren. Übrigens zeichnen sich nur die Nägel der Hand durch ihre gleichmäfsige, weifsliche. elfenbeinartige Farbe aus, während die Nägel an den Fufszehen normal sind. *W. Lehmann-Stettin.*

Folia urologica.

Band V, Nr. 1. Juni 1910.

1. **Über die Versorgung der Ureteren nach der wegen Tumoren vorgenommenen Blasenexstirpation (axiale Ureterimplantationen in den Darm).** Experimentelle Studie von Béla v. Rihmer-Budapest. Chirurgisch-Technisches; zahlreiche Experimente am Tier. Verfasser hat den Eindruck bekommen, dafs das weitere Schicksal der Operierten mehr davon abhängt, wie man implantiert, als wohin man in den Darm implantiert.

2. **Über das hämosozische und lysogene Vermögen des pathologischen Urins als diagnostisches Mittel zur Bestimmung der Nierenfunktion bei chirurgischen Erkrankungen der Niere,** von Paolo Zeri-Rom. Die Blutkörperchen auflösende Wirkung des Urins und die Differenzen in der Wirkung des Harns der kranken und gesunden Niere sollen nach Verfasser mit der Zeit eine praktische und gewöhnliche Methode klinischer Untersuchung werden, von der man sichere Bestimmungen über die Funktionsfähigkeit der Niere erwarten darf.

3. **Ein Cysto-Urethroskop,** von Leo Buerger-New York. Eine neue Kombination der beiden Instrumente. Abbildungen.

4. **Die Massage der Harnröhre bei akutem Tripper,** von G. Finocchiaro de Meo-Catania. Nichts Neues. *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band V, Heft 4. April 1910.

1. **Ulceröses und serpiginöses Syphilid der Dorsolumbalgegend von aufserordentlicher Ausdehnung im Gefolge einer übersehenen Syphilis,** von Giacomo Défine-Neapel. Genauer Bericht eines Einzelfalles mit Abbildung: 66jährige Frau, die nie in ihrem Leben Erscheinungen der Syphilis geboten hat, nie Aborte durchgemacht und 17 gesunden Kindern das Leben gegeben hat. Die Affektion nahm reichlich die Hälfte der Rückenoberfläche ein und war von keiner anderen syphilitischen Erscheinung begleitet; die Diagnose durch Wassermann sichergestellt.

2. **Hämolytischer Ikterus bei sekundärer Syphilis,** von Gaucher und Giroux-Paris. Zwei Fälle mit exakten Urin- und Blutuntersuchungen.

3. **Lokalisation des syphilitischen Schankers bei Kindern unter 15 Jahren,** von Gaucher und Flurin. Unter 23 Fällen des Hôpital St. Louis aus den Jahren 1902—1910 war in neun Fällen der Schanker an den Genitalien, in sechs an den Lippen, in drei am Auge, in zwei auf dem behaarten Kopf, in je einem am Anus, in der Inguinalfalte und an der Brust.

4. **Die Übertragungswege der Syphilis bei Kindern,** von Henri Flurin und Adrien Manne. In der Mehrzahl der Fälle findet die Übertragung der Syphilis auf Kinder beim Stillen und durch Küssen statt, in einer kleineren Anzahl durch Notzucht und durch Notzuchtsversuche sowie auch bei chirurgischen Eingriffen, unter denen die Circumcision usw. aufgeführt werden. Eine gröfsere Anzahl eigener Beobachtungen wird zum Belege angeführt.

3. **Syphilitischer Schanker des Daumens,** von Nieppe-Cambrai. Verheiratete Frau, deren Gatte sich drei Monate vor der Hochzeit infiziert hatte; die Affektion war zunächst als Panaritium angesehen und inzidiert worden.

Band V, Heft 5. Mai 1910.

1. **Versuche zur Abortivbehandlung der Syphilis in ihrer allerersten Periode.** Vorläufige Mitteilung von Ettore Mariotti-Neapel. Die Versuche Hallopeaus, die Syphilis durch lokale Einwirkung auf die Spirochäten mittels Atoxyl-Injektionen zu behandeln, hatten nach seinem eigenen Geständnis nur zu einer Verzögerung des Ausbruches sekundärer Symptome geführt. M. hat nun versucht, durch eine kombinierte lokale Behandlung mittels Hg und Stauungshyperämie bessere Resultate zu erreichen.

Jeder Primäraffekt wurde täglich eine Stunde nach Bier behandelt und mit einer 20%igen Kalomelsalbe bedeckt; aufserdem wurden sowohl in die nächste Umgebung wie auch in die Wurzel des Gliedes und in die Inguinalgegend Injektionen von Hg-Cyanat gemacht. Die genaue tägliche Behandlung hat M. aus naheliegenden Gründen nur bei sechs Patienten durchführen können; er ist aber mit dem Resultate recht zufrieden, da er bei vier dieser Fälle vier Monate nach der Behandlung einen negativen Wassermann festgestellt hat.

2. **Über eitrige syphilitische Knochenerkrankungen der Finger (Spina ventosa),** von E. Gaucher. G. hat schon seit Jahren in zahlreichen Veröffentlichungen nachgewiesen, dafs die syphilitische Knochenerkrankung durchaus nicht nur Hypertrophie und Hyperostose zeigt, sondern sehr oft, wie die Tuberkulose, vereitern kann, ja, dafs die Läsionen derart der Tuberkulose ähneln können, dafs die Diagnose nur nach dem Erfolg der spezifischen Behandlung gestellt werden kann. Zur Spina ventosa syphilitica, die ganz besonders häufig mit tuberkulöser Knochenerkrankung zusammengeworfen wird, bringt G. einige Beispiele mit Abbildungen und Röntgenogrammen; darunter einen Fall von hereditärer Syphilis bei einem Manne von 37 Jahren und Fälle der noch weit selteneren Spina ventosa bei akquirierter Syphilis.

3. **Der weiche Schanker des Mund- und Rachenraumes,** von Druelle-Paris. Wirklich einwandfreie Fälle von weichem Schanker des Mundinnern sind aufserordentlich selten. D. hat zusammen mit Gaucher zwei Fälle von weichem Schanker der Zunge und der Tonsille beobachtet und aus der Literatur noch sechs weitere Fälle zusammentragen können, die er ausführlich wiedergibt. Er bespricht im einzelnen die differentielldiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber syphilitischem Schanker der Mundhöhle, ulcerierten und ulceriert-gummatösen Syphiliden, Geschwüren nach Aphten, Herpes und Tonsillarerkrankungen, schliefslich Verbrennungen des Mundes. Im all-

gemeinen sind die weichen Schanker des Mundinnern benigne Läsionen, die sich weder nach der Fläche noch nach der Tiefe besonders ausdehnen und nicht kompliziert sind durch Phagedänismus oder Gangrän.

4. **Tertiäre Perichondritis des Thyreoidknorpels. Schnelle Heilung durch kombinierte Behandlung,** von P. Jourdanet-Uriage. Kasuistik. 27jähriger Student, der seit sieben Jahren an Syphilis leidet und unter unregelmäſsiger Behandlung die verschiedensten, schon dem tertiären Stadium zuzuschreibenden Komplikationen gehabt hat, erkrankt mit einer Anschwellung an der rechten Seite des „Adamsapfels", die derartig zunimmt, daſs der Kranke Mühe hat, den Kragen anzulegen und die Kleidungsstücke am Halse zu schlieſsen.

Glatte Heilung unter Hg-Injektionen, JK (täglich 1/2 g), Schwefelbädern und Schwefelwässern innerlich. Eine Ursache für die eigenartige Lokalisation konnte nicht gefunden werden.

Band V, Heft 6. Juni 1910.

1. **Über wissenschaftlich korrekte Durchführung der Syphilisbehandlung in der sekundären Periode,** von Alex. Renault. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Akute syphilitische „Toxi-Infektion",** von Gaucher, Paris und Pierre Merle. 58jähriger, robuster Mann zieht sich im August 1908 einen syphilitischen Schanker zu, bekommt im November-Dezember eine Injektionskur von 50 Einspritzungen Hg-benzoat à 0,02 und im Januar-Februar auf Grund von Kopfschmerzen und allgemeiner Mattigkeit täglich 2 g Jod; Ende März apoplektischer Anfall mit rechtsseitiger Hemiplegie, die in drei Tagen seinen Tod herbeiführt. Genaue histologische Untersuchung aller in Betracht kommenden Organe, wobei sich ausgedehnte Veränderungen, spezifische Neoplasien in Form miliarer Gummen an der Leber, Nebenniere usw. finden, die bei Lebzeiten gar keine Erscheinungen gemacht hatten. In der Ventrikelflüssigkeit des Gehirns fanden sich Spirochäten.

3. **Zur Abortivbehandlung der Syphilis,** von Hallopeau. Besprechung der Arbeiten von Mariotti im Vergleich zu eigenen Versuchen: H. glaubt an die Möglichkeit einer abortiven Behandlung der Syphilis.

4. **Entwicklung eines syphilitischen Gummas nach Trauma bei einer Hereditärsyphilitischen,** von Troisfontaines-Liège. Ein 22jähriges Mädchen stöſst sich auf der Treppe an die Vorderseite des linken Unterschenkels und bekommt eine hämatomartige Anschwellung, die monatelang mit Bettruhe und Umschlägen behandelt wird, ohne sich zu resorbieren, schlieſslich perforiert und eine typische gummöse Ulceration darbietet — Wassermann nach der Methode von Noguchi positiv. Dabei nicht die geringsten anamnestischen Merkmale oder hereditärsyphilitischen Zeichen, ebensowenig bei Mutter und Schwester.

5. **Multiple, harte Schanker, die nacheinander am Abdomen auftreten,** von Nieppe. Vier Schanker am Unterleibe, zwei an der Wurzel des Gliedes bei einem Soldaten: Die zeitliche Aufeinanderfolge nur aus der Anamnese.

Band V, Heft 7. Juli 1910.

1. **Über wissenschaftlich korrekte Durchführung der Syphilisbehandlung in der sekundären Periode,** von Alex. Renault. R. ist der Meinung, daſs die Gegner der intermittierenden Behandlung, die er bezeichnenderweise Opportunisten nennt, heute das Feld verloren haben, dagegen glaubt er, daſs noch viel Unklarheit herrscht, in welchem Momente die Hg-Behandlung einsetzen solle, wie lange die jeweilige Kur und wie lange die dazwischenliegenden Pausen dauern sollen. Er hat versucht, aus genauen, klinischen Beobachtungen und exakten, fortlaufenden Blutuntersuchungen in einer Anzahl von Fällen zu bindenden Schlüssen hierüber zu gelangen.

Er hält es für zweckmäfsig, die Allgemeinbehandlung sofort nach Stellung der Diagnose syphilitischer Schanker zu beginnen und jeweilig bis zu einer „Sättigung“ des Organismus durchzuführen. Zu den Zeichen einer solchen „Sättigung“ rechnet er eine beginnende Stomatitis, die plötzliche Wiederkehr verschwunden gewesener syphilitischer Symptome und Veränderungen des Blutes, die hauptsächlich in Verminderung der Zahl der roten wie weifsen Blutkörperchen bestehen. Nach seinen Erfahrungen soll eine Kur, die dem Körper genügend Hg zuführen und eine „Sättigung“ eben noch vermeiden wird, nicht länger als einen Monat ausgedehnt werden. Die zwischen den Kuren liegenden Pausen sollen ebenfalls einen Monat betragen, da nach seinen Untersuchungen die Erholung des Blutes etwa diese Zeit braucht. Bemerkt mufs dabei werden, dafs er noch heute ein Anhänger der Pillenmethode ist, die er für ebenso wirksam, leichter kontrollierbar, angenehmer und weniger gefährlich für den Patienten hält als die Injektionen. Allerdings hat er diese, die er sowohl mit löslichen wie mit unlöslichen Präparaten vorgenommen hat, anscheinend nur an einer kleinen Anzahl von Fällen ausprobiert — er möchte sie für die schweren Fälle von Syphilis reserviert wissen.

Bezüglich der Gesamtdauer der Syphilis möchte er auf Grund seiner vorliegenden Untersuchungen kein Urteil fällen, erinnert aber daran, dafs Gaucher verlangt, im ersten Jahre sieben Monate, im zweiten Jahre fünf Monate, im dritten vier Monate und schliefslich im vierten nochmals zwei Monate lang dem Körper Hg zuzuführen. Ferner wiederholt er die ähnliche Vorschrift von Fournier, der im ersten Jahre vier Kuren, im zweiten drei und im dritten und vierten Jahre noch je zwei Kuren für wünschenswert hält, Kuren, von denen jede zwei Monate dauern soll.

2. **Eitrige Orchitis,** von Henri Maltherbe-Nantes. Verfasser berichtet über einen Fall, den er glaubt unter die seltenen Fälle von Suppuration im Gefolge einer blennorrhoischen Orchi-Epididymitis einreihen zu sollen. 38jähriger Militär leidet seit 30 Jahren an einem nie zur Heilung gelangten chronischen Tripper, hat geheiratet und seine Frau infiziert, während er selbst zur Zeit der Untersuchung nur die Zeichen einer Prostatitis darbietet: Der Urin ist klar, ohne Filamente, die Prostata grofs, geschwollen, unregelmäfsig, druckempfindlich; das Prostatasekret enthält keine Gonokokken, wohl aber zahlreiche andere Bakterien. Im Verlauf der Sondierungen und Argentum-Instillationen erkrankt er plötzlich mit einer rechtsseitigen Orchitis und Funiculitis. Die anfangs normale Temperatur steigt in den nächsten drei Tagen auf 39°, der Hoden auf das Dreifache seines Umfanges; Operation unter Chloroformnarkose; im entleerten Eiter keine Gonokokken. *W. Lehmann-Stettin.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 12.

Über die Pyodermitis lacunaris im Anschlufs an die Akne pustulosa, von Henri Fournier. Als Folge der Mitesser und der Akne pustulosa bezeichnet F. die Pyodermitis lacunaris, eine Ansammlung von Eiter unter der Haut, dort, wo früher die Aknepusteln safsen. Er nennt sie auch eine Phlegmasie der Haut. Diese Phlegmasie findet sich namentlich bei jungen Männern mit skrophulösem Habitus. Ihr Sitz ist gewöhnlich das Gesicht, namentlich der Unterkieferrand. Sie ist fast immer schmerzlos und macht kaum irgendwelche Symptome, so dafs sie von den Patienten meistens vernachlässigt wird. Dennoch soll der Arzt immer auf Behandlung dringen, weil es niemals gleichgültig ist, einen Eiterherd mit sich herumzutragen, und weil der

Eiter im Laufe der Zeit resorbiert werden kann, was dann zu entstellenden Einsenkungen Anlafs gibt. Die Behandlung geschieht durch Anstechen der Eiterherde und Ausbrennen der Aknepusteln.

Ein neues Verfahren zur Färbung der Spirochaeta pallida, von R. Dupérié. In Organteilen, die lange Zeit, viele Wochen bis Monate lang, in 10%iger Formollösung aufbewahrt waren, kann man sich in folgender Weise sehr schöne Präparate der Spirochaeta pallida herstellen: Man drückt das Gewebsstück etwas aus und führt sorgfältig gereinigte Glasplatten langsam darüber hin. Die Glasplatten läfst man alsdann an der Luft trocknen, fixiert in absolutem Alkohol etwa zehn Minuten lang und läfst sie dann 45 Minuten lang in einem Gemisch von 10,0 Aqua destillata, zehn Tropfen einer 1‰igen Sodalösung und 15 Tropfen Giemsa-Lösung liegen. Je länger das Stück vorher in der Formollösung gelegen hatte, desto lebhafter rot ist die Spirochäte gefärbt.

Granulosis rubra nasi, von J. Méneau. Die Granulosis rubra nasi ist eine Krankheit des Kindesalters, die mit der Pubertät meistens von selber erlischt. Es liegen nur ganz wenige Fälle vor, in denen die Dermatose bis in ein höheres Alter hineinreichte. Sie befällt Knaben und Mädchen gleichmäfsig, macht keinerlei subjektive Beschwerden und äufsert sich in einer diffusen Rötung und Hyperhidrose der Nasenhaut, deren Schweifsdrüsenöffnungen von kleinsten, entzündlichen Papeln bedeckt sind. Die befallenen Kinder zeigen auch häufig periphere Zirkulationsstörungen, wie Frost, örtliche Asphyxien, Hyperhidrose der Hände und Füfse, so dafs die Hallopeausche Theorie, wonach die Granulosis ihrem Wesen nach in einer manchmal familialen Angioneurose bestehe, manches für sich hat. — Histologisch ist besonders die Cutis erkrankt; die oberflächlichen Kapillaren sind erweitert und von einer Zellinfiltration umgeben. Aus diesen Zellanhäufungen, die sich auch in der Nachbarschaft der Schweifskanäle finden, entstehen die bereits erwähnten Mikropapeln. Das Zellinfiltrat setzt sich aus Polynukleären und Fibroblasten, denen auch einige Mast- und Plasmazellen beigemischt sind, zusammen. Das fibröse Gewebe der Cutis und die Haartalgfollikel sind nicht beteiligt. — Die Behandlung besteht in Hebung der allgemeinen Ernährung, die meistens darniederliegt, und in örtlicher Anwendung von Salben, Pudern, Adrenalin usw., Mitteln, die aber nur zweifelhaften Erfolg haben.

Über einen Fall von Ozophobie im Anschlufs an Hyperhidrose, von H. Fournier. F. berichtet von einem Patienten, der in jungen Jahren an Schweifsfüfsen gelitten hatte, und bei dem sich in Anknüpfung daran die Zwangsvorstellung entwickelte, er verpeste mit seinen Körperdünsten die Luft (Ozophobie = Stinkfurcht). F. meint, dafs man den Ausbruch dieser Phobie hätte verhindern können, wenn der Schweifsfufs in der Jugend rechtzeitig behandelt und beseitigt worden wäre. Indessen scheint diese Ansicht doch sehr zweifelhaft. Phobien entstehen auf psychopathischer Grundlage; ihr Inhalt ist mehr zufälliger Natur und formt sich oft aus einem gleichgültigen Eindruck des Augenblicks.

Spontanheilung einer Glatze während des Alters, von Henri Fournier. Es handelte sich um eine Dame von 77 Jahren, die seit zehn Jahren arteriosklerotisch war und bei der der Kopf, der in grofser Ausdehnung ganz kahl war, wieder anfing, sich völlig mit weifsen Haaren zu bedecken. Die Dame hatte jahrelang einen künstlichen Haarwulst getragen, unter dessen Druck die Haare allmählich ausgefallen waren. Als sie ihn aber, weil er ihr zu schwer und zu lästig wurde, wegliefs, begannen die Haare wieder zu wachsen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band I, Heft 8.

1. **Mehrere Steine im Beckenteil des Ureters bei einem Kinde,** von Eynard-Marseille und Rafin-Lyon. Bei einem 6½jährigen Mädchen, das seit einem Jahre trüben, eitrigen, manchmal auch blutigen Harn entleerte, aber keine Schmerzen und auch sonst keine Krankheitserscheinungen hatte, wurden mittelst der Röntgenphotographie im unteren Abschnitt des linken Ureters fünf Steine nachgewiesen. Nachdem der Versuch, diese von der durch Sectio alta eröffneten Blase aus mit einer Pinzette zu entfernen, mifslungen war, wurde die subperitonale Ureterotomie gemacht; in dem unteren, erweiterten Teil des Ureters fand sich jedoch nur ein Stein, die übrigen vier lagen im stark erweiterten Nierenbecken. — Der Fall beweist einerseits die grofse diagnostische Bedeutung der Röntgenphotographie des ganzen Harnapparates bei Kranken mit eiterndem bluthaltigen Urin, andererseits die Überlegenheit der subperitonealen Ureterotomie bei beweglichen Uretersteinen.

2. **Die Vorteile der Urethroskopie; transportabler Apparat für Endoskopie und Elektrolyse,** von Abadie-Oran. A. empfiehlt für alle Fälle von chronischer Urethritis, wenn die üblichen therapeutischen Mafsnahmen versagt haben, die Urethroskopie und die endourethrale Behandlung der kranken Schleimhautpartien und Drüsen mittelst des Luysschen Apparates. Wenn durch endourethrale Eingriffe, die nur in Zwischenräumen von mindestens 14 Tagen wiederholt werden dürfen, auch nicht alle Fälle vollständig ausgeheilt werden können, so erreicht man doch in den schlimmsten Fällen, dafs der tropfenförmige Ausflufs ganz hell wird oder wenigstens keine Gonokokken oder andere Mikrobien mehr enthält. — Auch bei Verletzungen der Genitalien kann die Urethroskopie, wie ein mitgeteilter Fall von Harnröhrenruptur zeigt, gute Dienste tun.

Zur bequemen Ausführung der Endoskopie, Kaustik, Galvanisation, Elektrolyse und Faradisation hat sich A. einen einfachen, transportablen, mit einer galvanischen Batterie versehenen Gleichstromanschlufsapparat herstellen lassen.

3. **Urorythmographie (Studium des Ablaufs der Nierensekretion und der Ureterenejakulationen mittelst graphischer Darstellung),** von Reynaldo dos Santos-Lissabon. Der Verfasser hat einen Apparat konstruiert, der, wenn ihm der Harn durch einen Ureterenkatheter aus dem Nierenbecken zugeleitet wird, der Ablauf der Sekretion der Niere, bei Zuführung des Harnes mittelst Separators aus der Blase Stärke und Rythmus der Ejakulationen des Ureters selbsttätig aufzeichnet. Die graphische Darstellung der Nieren- und Ureterenfunktion ist sowohl bei normalen Verhältnissen wie bei pathologischen Zuständen sehr interessant und praktisch sehr wichtig; bei Erkrankungen des Ureters sind die funktionellen Störungen manchmal so charakteristisch, dafs sie einen sicheren Schlufs auf die vorhandenen anatomischen Veränderungen zulassen. — Wenn festgestellt werden soll, wie sich die Harnausscheidung aus dem Ureter beim Vorhandensein einer Striktur oder eines Steines oder bei Kompression durch einen Tumor gestaltet, darf der Ureterenkatheter, der den Harn in das Instrument leitet, nur bis zu dem Hindernis eingeführt werden, weil sonst die Funktion der über dem Hindernis liegenden Harnleiterpartie oder die Funktion des Nierenbeckens zur Aufzeichnung gelangt.

Bezüglich der Beschreibung des Instrumentes, das von Gentile-Paris hergestellt wird, mufs auf das Original verwiesen werden.

4. **Über die urethralen Elektrolysen,** von Paul Charles Petit-Paris. Nach Ansicht des Verfassers ist die zirkuläre Elektrolyse das einzige Verfahren, durch das blennorrhoische Harnröhrenstrikturen wirklich zur Heilung gebracht werden, während die lineäre Elektrolyse die beste Methode zur raschen Erweiterung einer Striktur ist.

Es empfiehlt sich daher die progressive Dilatation der Strikturen in Form der zirkulären Elektrolyse vorzunehmen, wenn aber diese nicht möglich ist oder nicht zum Ziele führt, an Stelle der Urethrotomia interna die bei richtiger Technik ganz ungefährliche lineäre Elektrolyse zu machen.

5. **Die Methode in der Urologie**, von Stefanesco Galatzi-Jassy. G. weist auf die grofse praktische Bedeutung der von Guyon geschaffenen „Methode in der Urologie", der möglichst ins einzelne gehenden Analyse der Krankheitserscheinungen und der nach einem feststehenden Schema vorzunehmenden Untersuchung hin. G. selbst gibt seinen Schülern eine Analyse der vier wichtigsten urologischen Symptome, des Schmerzes, der Hämaturie, der Störungen der Blasenentleerung und der Veränderungen des Harnstrahles in Form übersichtlicher Tabellen, die seiner Meinung nach grofse Vorteile für den Unterricht bieten.

6. **Modifikation der zurzeit gebräuchlichen Methoden der Blasendränage**, von Jean Fiolle- und Paul Fiolle-Marseille. Die zurzeit gebräuchlichsten Vorrichtungen zur Dränage der Harnblase vom Hypogastrium aus erfüllen alle ihren Zweck nicht oder nur in ungenügender Weise; auch die Heberröhren nach Guyon-Perier funktionieren schlecht. Ein einfacher Versuch zeigt, dafs sich die in einer verschlossenen Flasche enthaltene Flüssigkeit erst dann durch eine in den Kork eingeführte, spitzwinklig gebogene Röhre (Saugröhre, Siphon) entleert, wenn durch den Kork noch eine zweite, gerade, Luft zuleitende Röhre hindurchgesteckt wird. In der gleichen Weise läfst sich eine sehr wirksame Blasendrainage vom Hypogastrium aus erzielen: neben einem dicken Dränrohr, das mittelst eines am äufsersten Ende aufgesetzten, spitzwinklig gebogenen Glasrohres in einem nach abwärts gerichteten Gummischlauch übergeleitet wird, führt man in die eröffnete Blase noch eine kleine gerade Glasröhre ein, deren äufsere Öffnung zur Filtrierung der Luft mit einer ganz dünnen Schicht Watte bedeckt wird; der Harn fliefst nun, sobald sein Niveau die Biegung des mit dem Drän verbundenen Glasrohres erreicht hat, aus, während gleichzeitig durch die gerade Röhre Luft eintritt. Die Anordnung hat sich bei einem Patienten, bei dem ein angeborener, der vorderen Fläche der Blase aufsitzender Divertikel vom Hypogastrium aus eröffnet worden war, sehr gut bewährt. — Nimmt man zur Einleitung der Luft eine Glasröhre mit seitlich angebrachten, nach oben gerichteten Zuflufsrohr, so kann man, wenn mit diesem ein Irrigatorschlauch verbunden wird, ohne weitere Manipulationen kontinuierliche Blasenspülungen vornehmen.

Band I, Heft 9—11.

1. **Neoplasma der Harnblase**, von Jean Ferron und Pierre Nadal. (Heft 9.) Bericht über einen Fall von Carcinom der Harnblase mit metastatischer Erkrankung der Leber. Der linke Leberlappen war viel stärker ergriffen als der rechte. Aufserdem fand sich nun noch in der Milz ein ganz kleiner Carcinomknoten, die sämtlichen Drüsen waren gleich den übrigen Organen frei von carcinomatösen Veränderungen. Die Ausbreitung des Carcinoms auf die Leber kann, da die Lymphbahnen beim Fehlen carcinomatös erkrankter Lymphdrüsen dafür nicht in Betracht kommen, nur auf dem Blutwege, und zwar durch Vermittelung der Pfortader erfolgt sein, die ja durch die Venae haemorrhoidales superiores Blut aus dem Plexus vesicalis erhält. Der kleine Knoten in der Milz beweist, dafs bereits eine Generalisierung der Erkrankung begonnen hatte.

2. **Diagnose und Therapie der einseitigen hämaturischen Nephritiden**, von R. M. Fronnchtéine-Moskau. (Heft 10.)

3. **Über die Injektionen von Wismutpaste in der Chirurgie der Harnorgane**, von Keitz-Boyer und Moreno. (Heft 11.) Die Verfasser haben die von Beck im Jahre 1908 zur Behandlung tuberkulöser Fistelgänge usw. empfohlenen Injektionen

von Wismutvaselinepaste bei Fisteln der Harnorgane angewendet. Bei Fisteln an den unteren Harnorganen, bei perinealen, periurethralen, prostatischen und vesikalen Fisteln versagte das Verfahren vollständig, dagegen waren die Erfolge bei den Fisteln in der Nierengegend, die nach Nephrektomien, besonders nach Entfernung tuberkulöser Nieren entstanden waren, sehr befriedigend: die Eiterung hörte meist sehr bald auf und in der Mehrzahl der Fälle heilten die Fistelgänge aus. — An Stelle der von Beck gebrauchten 33%igen Wismutvaselinepaste, die häufig rasch wieder ausgestofsen wurde, verwandten die Verfasser eine festere Paste, bestehend aus Bismut. subnitric., Lanolin., Paraffin. aa 10,0, Vaselin. 20,0.

4. **Über die Anomalien der Ureteren,** von J. Delmas- und P. Delmas-Montpellier. (Heft 9—11.) Ausführliche Studie, in der alle angeborenen Anomalien der Ureteren in rein klinischer Einteilung beschrieben und durch schematische Zeichnungen dargestellt werden. Für jede einzelne Art führen die Verfasser Beispiele aus der Literatur an. — Die Verfasser unterschieden:

A. Anomalien, die durch endovesikale Untersuchung nicht festgestellt werden können. Harnblase und Ureterenmündungen sind normal.
   1. Anomalien in der Richtung.
   2. Anomalien der Zahl.
   3. Anomalien in der Länge.
   4. Anomalien der renalen Endigung.
   5. Anomalien im Kaliber.

B. Anomalien, die durch endovesikale Untersuchung festgestellt werden können. Abnorme Ureterenmündungen in einer normalen Harnblase.
   1. Anomalie der Lage ohne Anomalie der Zahl.
   2. Anomalien der Zahl.
   3. Anomalien der Form.

C. Anomalien der vesikalen Ureterenmündungen infolge von Mifsbildung der Harnblase.
   1. Hemmungsmifsbildungen (Ektopie der Blase).
   2. Mifsbildungen in Form übermäfsiger Anlage (Divertikel, Teilung der Harnblase).

D. Abnorme extravesikale Mündungen.

Am Schlusse ihrer Arbeit bringen die Verfasser nach einer kurzen Schilderung der embryologischen Entwicklung der Ureteren eine kritische Würdigung der verschiedenen Theorien über die Pathogenese der einzelnen Arten von Anomalien der Ureteren und ein umfangreiches Literaturverzeichnis.

Band I, Heft 12.

1. **Blasenscheidenfisteln, kompliziert durch Beteiligung des Ureters an der Fistelbildung,** von Rochet- und Müller-Lyon. Hochsitzende Blasenscheidenfisteln von der Vagina aus mit Erfolg zu operieren, ist, besonders wenn starke Narbenbildungen, Verwachsungen und Verzerrungen der Vagina vorhanden sind, sehr schwer oder ganz unmöglich. Liegt eine Uretermündung in unmittelbarer Nähe oder innerhalb der Fistelöffnung, was sich klinisch meist nicht feststellen läfst, dann läuft man bei der vaginalen Operation Gefahr, ein Stück des Ureters zu resezieren oder seine Mündung mit zu vernähen. Es empfiehlt sich daher, hochsitzende Blasenscheidenfisteln in schwierigen und komplizierten Fällen stets von oben, von der mittelst Sectio alta eröffneten Blase aus in Angriff zu nehmen. Man kann dann eine Uretermündung, die am Rande der Fistel liegt, also an der Fistelbildung selbst beteiligt ist oder in unmittelbarer Nähe, d. h. in einer Entfernung bis zu 1 cm von der Fistelöffnung sich befindet, nach Belieben verlegen. Zu diesem Zweck wird die Blasenschleimhaut über

einem in den Harnleiter eingeführten Katheter 2 cm weit nach oben inzidiert, der Ureter etwa fingerbreit frei präpariert und in den oberen Winkel der Schleimhautwunde zurückgeschoben; dann wird ringsum die Fistelöffnung Blasenwand von Scheidenwand losgelöst, die Fistel in beiden getrennt geschlossen und auch die Schleimhautinzision vernäht. Die Uretermündung sitzt nun etwa fingerbreit höher als in der Norm, das frei vorstehende Ende des Ureters wird mit der Blasenschleimhaut durch Nähte vereinigt. — Mit diesem Verfahren haben die Verfasser einen Fall von Blasenscheidenfistel, der bereits viermal von der Vagina aus ohne Erfolg operiert worden war, zur Verheilung gebracht.

2. **Einige Betrachtungen über die nicht blennorrhoischen Urethritiden,** von B. Motz. Auch eine Urethra, die niemals erkrankt war, enthält zahlreiche Mikrobien, die mehr oder weniger pyogen sind, aber für gewöhnlich keine Entzündung hervorrufen; das beweist, daſs die normale Urethra eine natürliche Immunität gegen die banale, nicht blennorrhoische Infektion besitzt. Erst wenn der schützende epitheliale Überzug der Harnröhrenschleimhaut auf irgendeine Weise beschädigt worden ist, können die Mikrobien eindringen und ihre pyogene Wirkung entfalten. Aseptische Urethritiden gibt es nicht. Zwar enthält das oft sehr spärliche Sekret bei nicht blennorrhoischen Urethritiden häufig keine oder nur sehr wenige Bakterien, doch liegt das nur daran, daſs die Keime, die in den subepithelialen Herden oder in den Drüsen liegen, durch das modifizierte Epithel zurückgehalten, mazeriert oder zerstört werden; hat man jedoch das besonders in den Drüsen stagnierende Sekret durch Massage entleert, so wird man in dem frischen Sekret stets Mikrobien nachweisen können.

M. teilt die nicht blennorrhoischen Urethritiden ein in:

1. Urethritiden traumatischen Ursprungs.
2. Urethritiden chemischen Ursprungs.
3. Urethritiden infolge einer descendierenden Infektion der Nieren oder Harnblase.
4. Spontane Urethritiden.
5. Urethritiden sexuellen Ursprungs.

Urethriden traumatischen Ursprungs kommen vor bei Harnröhrenrupturen, nach Entleerung eines Blasensteins durch die Urethra, nach Katheterisierungen und Bougierungen und besonders nach Einlegung eines Verweilkatheters. In all' diesen Fällen wird das Schleimhautepithel mechanisch verletzt und dadurch den Mikrobien das Eindringen in die Tiefe ermöglicht.

Urethritiden chemischen Ursprungs treten auf nach Injektionen oder Spülungen, sei es, daſs starke, das Epithel zerstörende Mittel angewandt werden oder daſs durch prolongierte Injektionen schwacher Lösungen Hyperämie und seröse Exsudation erzeugt und damit die Virulenz der Mikrobien der Harnröhre gesteigert wird. Hierher gehören ferner die Urethritiden bei Phosphaturie und Oxalurie, die aber auch eine mechanische Schädigung des Harnröhrenepithels zur Folge haben können, die Urethritiden nach Gebrauch von Jodkalium, das hyperämisierend auf die Schleimhaut wirkt, die Urethritiden bei Diathesen, wie Gicht, Diabetes usw., bei denen eine Reizung der Schleimhaut durch gewisse mit dem Harn ausgeschiedene Substanzen die Infektion zustande kommen läſst; endlich die Urethritiden bei Infektionskrankheiten, wie Parotitis, Rheumatismus, Typhus usw., bei denen eine Reizung durch die ausgeschiedenen Toxine Gelegenheit zur Infektion zu bieten scheint.

Infektiöse Erkrankungen der oberen Harnwege führen in der Regel nicht zur Infektion der Harnröhrenschleimhaut, obwohl der Urin andauernd zahlreiche, pathogene Keime enthält; doch kommt es zuweilen vor, daſs die Harnröhrenschleimhaut, wahrscheinlich unter dem Einfluſs der ausgeschiedenen Toxine, ihre natürliche Immunität verliert und infiziert wird. M. hat wiederholt solche Fälle beobachtet.

Daſs es spontan auftretende Urethritiden gibt, ist zum mindesten wahrscheinlich; die Harnröhre beherbergt häufig virulente Mikrobien, die nach einer Schwächung des ganzen Organismus oder einer lokalen Reizung durch übermäſsigen Alkoholgenuſs oder starke sexuelle Erregung das Epithel durchdringen und eine Entzündung verursachen.

Bei den nicht blennorrhoischen Urethritiden sexuellen Ursprungs ist zwischen primären und sekundären Urethritiden zu unterscheiden. Die primären entstehen nach geschlechtlichem Verkehr mit blennorrhoisch nicht infizierten Frauen, sind anfänglich wenigstens in der Fossa navicularis lokalisiert, ergreifen aber manchmal die ganze Harnröhre samt ihren Drüsen und sogar die Harnblase. Es handelt sich dabei vermutlich um eine Infektion mit den banalen Mikrobien der Vagina. Auf welche Weise in solchen Fällen die natürliche Immunität der Harnröhrenschleimhaut überwunden wird, ist noch nicht klargestellt. Die sekundären Urethritiden sexuellen Ursprungs schlieſsen sich an blennorrhoischen Urethritiden an. Sie entstehen infolge der Reizung der Schleimhaut durch die Gonokokkentoxine, ihre Erreger sind entweder die banalen Mikrobien der Urethra oder die während der Behandlung in den Harnröhrenkanal eingeführten Keime. Sie können zu oberflächlichen oder zu tiefgreifenden Infiltrationen führen.

Die Behandlung ist je nach der Ursache und der Art der entstandenen Veränderungen verschieden.

3. **Technik der Meatotomie,** von J. de Sard. Der Verfasser bedient sich zur Meatotomie einer mit Sperrvorrichtung versehenen Pinzette, deren eine kürzere Branche eine Hohlsonde darstellt, während die andere längere Branche soweit durchbrochen ist, daſs der hohlsondenförmige Teil in die Öffnung hineinpaſst. Mit der in das Orifinium eingeführten hohlsondenförmigen Branche wird die an den unteren Winkel des Mentus sich anschlieſsende Gewebspartie in die Öffnung der anderen Branche hineingedrängt. Wenn diese Partie genau in der Richtung der Achse des Meatus liegt und die Länge hat, welche die Inzision erhalten soll, wird die Sperrvorrichtung geschlossen und der Schnitt gemacht. — Die Pinzette wird von Gentile-Paris hergestellt.

4. **Indikationen der verschiedenen Operationsmethoden bei Prostatahypertrophie,** von Bensa-Nizza. Die transvesikale Prostatektomie, die auſserordentlich viele und begeisterte Anhänger besitzt, hat zurzeit wenigstens eine ziemlich hohe Mortalität (10—15%); ihr sind in vielen Fällen, sei es wegen der Art der Hypertrophie, sei es wegen des Allgemeinzustandes der Patienten, andere, zum Teil weniger eingreifende und deshalb ungefährlichere Methoden vorzuziehen. Die Indikationen der verschiedenen Verfahren sind nach B. folgende:

Die totale transvesikale Prostatektomie ist bei den fibrös-adenomatösen Hypertrophien der seitlichen Lappen indiziert, wenn es sich um verhältnismäſsig junge, nicht oder nur in geringem Grade infizierte Individuen handelt; bei Kranken mit akuter Infektion der Harnblase ist sie in zwei Zeiten auszuführen. Die partielle transvesikale Prostatektomie eignet sich für hypertrophische gestielte mittlere Lappen.

Die perineale Prostatektomie ist wegen der Leichtigkeit der Dränage bei vereiterten und bei manchen tiefsitzenden (intraurethralen) Hypertrophien am Platze.

Die Bottinische Operation, deren funktionelle Ergebnisse sehr gut sind, ist auszuführen bei den weichen Hypertrophien der seitlichen Lappen, die schwer oder gar nicht zu enukleieren sind, bei den balkenförmigen Hypertrophien des mittleren Lappens und bei den Stenosen des Blasenhalses; ferner bei Kranken, die eine Radikaloperation ablehnen oder wegen schlechten Allgemeinbefindens oder gefährlicher Komplikationen nicht mehr radikal operiert werden können.

Die transvesikale Bottinische Operation, Thermokauterisierung von der mittelst Sectio alta eröffneten Blase aus ist angezeigt bei den weichen, leicht blutenden Hypertrophien und bei Kranken mit chronischer Infektion der Harnblase.

Die Sectio alta allein ist vorzunehmen bei Prostatikern mit überdehnter Blase und Infektion des ganzen Harnapparates.

5. **Bemerkungen zu einem Falle von traumatischer Striktur mit sehr rasch auftretenden Rezidiven**, von M. Palazzoli. Bei einem achtjährigen Knaben, bei dem im ersten Lebensjahr infolge der Extraktion eines festgeklemmten Steines aus der Urethra eine heftige Harnröhrenblutung aufgetreten war, hatten sich hochgradige Störungen in der Urinentleerung eingestellt, die sich zur kompletten Retention steigerten. Die Untersuchung mit der Sonde hatte eine Striktur der ganzen Urethra ergeben. Im Anschlufs an die verschiedenen Katheterisierungen entstand eine Entzündung der Urethra, der Corpora cavernosa und des ganzen Penis und in der Folge auch noch eine doppelseitige Orchitis und ein perinealer Abscefs, der sich spontan nach aufsen öffnete. Zahlreiche Versuche, die Striktur zu beseitigen, mehrere Dilatationskuren, Urethrotomia externa, zirkuläre Elektrolyse blieben erfolglos; das Resultat der jeweiligen Behandlung war immer schon nach wenigen Tagen verschwunden, die entzündlichen Erscheinungen blieben unverändert. — Es handelte sich hier nicht um eine definitiv gebildete, fertige Striktur, sondern um eine Striktur mit fortdauernden entzündlichen Veränderungen. In solchen Eällen ist jede Behandlung, die sich nur gegen die Verengerung richtet, erfolglos, weil eben die Ursache der Verengerung, die Entzündung, fortbesteht; diese wird durch die intraurethralen Eingriffe sogar gesteigert. Nicht selten fehlen in derartigen Fällen die gewöhnlichen Symptome der Urethritis; wenn die entzündlichen Veränderungen tief sitzen, verhindert die mehr oder weniger modifizierte Epidermis, die auch die Drüsenausführungsgänge verlegt, den Austritt des Sekrets. Die übliche Bougierung läfst dann nur die Striktur erkennen, während man mit der von Motz empfohlenen Palpation der Urethra über einen eingeführten starken Bougie die vorhandenen entzündlichen Veränderungen nach Lage und Form genau feststellen kann. Instillationen, forzierte und allmähliche Dehnungen führen in solchen Fällen nicht zum Ziel, vielmehr mufs durch zwei- bis dreimal wöchentlich wiederholte Massagen der Urethra über einem möglichst starken Bougie das Sekret aus der Tiefe entleert werden, aufserdem kann man die Erweichung der Infiltrate durch Anwendung eines elektrolytischen Stromes von 4 — 10 Milliampères befördern. Wenn, wie in dem beschriebenen Falle, die ganze Urethra nebst den umgebenden Geweben entzündet ist, mufs ferner der Penis zwei- bis dreimal im Tag in möglichst warmem Wasser gebadet werden. Erst wenn die entzündlichen Erscheinungen vollkommen beseitigt sind, kann man an die Behandlung der Striktur gehen.

Götz-München.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIX. Mai 1910.

I. **Zur Frage des Lupus pernio Besnier**, von Bogolepow. Die Kasuistik des Lupus pernio wird von B. durch eine eigene Beobachtung vermehrt. Der Lupus pernio betraf in diesem Falle, bei einem 48jährigen Manne, die Hälfte der rechten Wange, den Nasenrücken und einen kleinen Teil der linken Wange. Histologisch fand B. im Stratum reticulare, aber auch im Stratum papillare runde, zum Teil deutlich abgegrenzte, von einer Kapsel umschlossene Tuberkel, welche hauptsächlich aus epitheloiden, teilweise aber auch aus lymphoiden Zellen bestanden. In jedem Tuberkel liefs sich wenigstens eine, in einigen liefsen sich aber auch mehrere Riesenzellen

nachweisen. Auf Grund dieses biologischen Befundes spricht B. den Lupus pernio als eine richtige Tuberkulose der Haut an, obgleich die Ophthalmoreaktion nach CALMETTE negativ ausfiel und der Auswurf des Kranken keine Tuberkelbazillen enthielt.

II. **Chronische Dermatitis, hervorgerufen durch Injektion von Hydrargyrum vivum,** von HIMMEL. Ein Schüler der obersten Klasse glaubte sich syphilitisch infiziert zu haben. Obgleich zwei Ärzte nichts Syphilitisches finden konnten und jede Behandlung ablehnten, verschaffte sich der ängstliche Patient metallisches Hg, welches er selbst im Laufe eines Monats über einen Tag mittels einer PRAVAZschen Spritze, bald zu einigen Teilstrichen, bald aber auch bis zu einer vollen Spritze, sich injizierte. Im ganzen gibt Patient an, sich etwa 10 g metallisches Quecksilber, was einem Gewicht von etwa 135—140 g Quecksilber gleichkommt, eingespritzt zu haben. Da er schon weiter keine Stellen mehr zur Injektion fand und seine Kopfschmerzen doch nicht besser wurden, gab er die Behandlung auf und wandte sich erst ein Jahr später der an den Einspritzungsstellen eingetretenen Hautveränderungen wegen an HIMMEL. Dieselben bestanden in derben Knötchen und Wülsten, die sich auf der linken Glutäalgegend, dem Bauch, den Leisten, der inneren Fläche der Oberschenkel herab bis zu den Knien fanden und von teils gelber, teils bläulichroter Farbe waren. Bei stärkerer Palpation, welche dem Kranken Schmerz verursacht, läſst sich an einzelnen Stellen eine bewegliche Masse durchführen und auf Einstich entleeren sich hier Quecksilberkügelchen. Histologisch sieht man im Corium groſse Ansammlungen von Pigment, welche die PERLSsche Reaktion auf Hämosiderin geben, wie auch Kügelchen von metallischem Quecksilber.

Merkwürdig ist, daſs der Kranke trotz Einführung so groſser Quecksilbermengen frei von Erscheinungen von Quecksilbervergiftung geblieben war.

III. **Zur Frage der Syphilis haemorrhagica bei den Erwachsenen,** von SHERUNEW. Beschreibung eines hämorrhagischen Rezidivexanthems bei einem Soldaten. Unter Quecksilberbehandlung schwand der Ausschlag.

IV. **Ein Fall von Priapismus,** von ABRAMOW. Verfasser gibt eine literarische Übersicht über die beschriebenen Fälle von Priapismus und erwähnt einer Beobachtung, wo sich bei einem 37jährigen jüdischen Handwerker ohne nachweisbare Ursachen Priapismus einstellte, der erst am 37. Tage schwand. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Beiträge zur experimentellen Pathologie und Chemotherapie, von PAUL EHRLICH. (Akademische Verlagsgesellschaft m. b. H., Leipzig 1909.) Vor einem gröſseren Hörerkreis in London, Amsterdam, Berlin und Stockholm wurden die berühmten Vorträge gehalten, welche EHRLICH in dem vorliegenden Bande zusammenfaſst. Aus dem Vorwort: . . . . — „und ich hoffe so gleichzeitig zu zeigen, daſs die scheinbar heterogenen Arbeitsgebiete, welche mich im abgelaufenen Jahrzehnt neben- und nacheinander gefesselt haben, doch durch ein inniges Band verknüpft sind, deren Erkenntnis ich als den Kern meines wissenschaftlichen Lebens bezeichnen kann. Ich muſs in der Tat mit einer gewissen Dankbarkeit gestehen, daſs mich die mir in frühen Jahren gewordene Überzeugung von der ausschlaggebenden Bedeutung des distributiven Momentes für die Geschehnisse in der belebten Materie bei meinen experimentellen Studien glücklich geleitet hat. Daſs von diesem Standpunkt aus auch

das schwierige Gebiet der Chemotherapie in theoretischer und praktischer Hinsicht erfolgreich bearbeitet werden kann, das zeigt der große Fortschritt, den wir bereits heute bei den chemotherapeutischen Studien erreicht haben, bei der biologischen Analyse schwer entwirrbarer Wechselwirkungen zwischen einzelligen Parasiten und den vielzellig zusammengesetzten Wirtsorganismen. Wenn es mir hier möglich war, wenigstens bis in die Anfänge der Erkenntnis der Protoplasmakonstitution als der erforderlichen Basis weiterer Bearbeitung etwas näher vorzudringen, so ist damit eigentlich nur ein Programm zur Ausführung gekommen, das schon das Genie von Goethe vorausgeahnt hatte, wenn er sagt:

„Wäre die Natur in ihren leblosen Anfängen nicht so gründlich stereometrisch, wie wollte sie zuletzt zu unberechenbarem und unermeßlichem Leben gelangen." (Sprüche in Prosa über Naturwissenschaft, III.)"

Experimentelle Untersuchungen über spezifische Therapie. 1. Vortrag (Harben Lectures for 1907 of the Royal Institute of Public Health, London, gehalten den 5. Juni 1907): Über Immunität mit besonderer Berücksichtigung der Beziehung zwischen Verteilung und Wirkung der Antigene). 2. Vortrag (ibidem, gehalten am 7. Juni 1907): Über athreptische Funktionen. 3. Vortrag (ibidem, gehalten am 11. Juni 1907): Chemotherapeutische Trypanosomenstudien.

Über den jetzigen Stand der Carcinomforschung (Vortrag, gehalten vor den Studenten der Amsterdamer Universität, Vereinigung für wissenschaftliche Arbeit, 1. Juni 1908).

I. Natürliche Immunität und Virulenzsteigerung. II. Erworbene Immunität. III. Athreptische Immunität. IV. Sarkomentwicklung in Carcinomstämmen. V. Ätiologische Betrachtungen.

Über moderne Chemotherapie (Vortrag, gehalten in der X. Tagung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, Frankfurt a. M., 8. Juni 1908).

Über Partialfunktionen der Zelle (Nobel-Vortrag, gehalten am 11. Dezember 1908 zu Stockholm).

Die im Mittelpunkt medizinischer Interessen stehenden Forschungen sollen hier nicht skizziert werden. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Les Teignes, von R. Sabouraud. (Masson et Cie., Paris, 120 Boulevard Saint Germain, 1910.) Das vorliegende 850 Seiten starke Werk bildet den dritten Band der Publikationen Sabourauds über die Krankheiten des behaarten Kopfes. Der erste hatte über die seborrhoischen Affektionen (Seborrhoe, Akne, Kahlheit), der zweite über die desquamativen Prozesse (Pityriasis und pityriasische Alopecien) gehandelt, während der vorliegende den kryptogamischen Krankheiten gewidmet ist. Da gerade auf der Erforschung dieses Gebietes der Verfasser am meisten Verdienste hat, so ist es nicht zu verwundern, daß er diesen Band am sorgfältigsten ausgearbeitet und ausgestattet hat. Nach einer Einleitung über Geschichte und Untersuchungsmethoden werden nacheinander Mikrosporie, Trichophytie und Favus abgehandelt. Besonders eingehend befaßt er sich dann mit der vergleichenden Betrachtung dieser Kryptogamen, welche sowohl in botanischer als in biologischer Hinsicht eingehend erörtert werden. Den Schluß bildet der therapeutische Teil, indem alle Behandlungsmethoden, besonders aber die neueren physikalischen, in allen Details gewürdigt werden.

Gunsett-Straßburg.

Die topische Diagnose der chronischen Blennorrhoe und der anderen bakteriellen Infektionen in den Harn- und Geschlechtsorganen des Mannes, von Rudolf Picker-Budapest. (Oscar Coblentz, Berlin W. 30, 1909.) Verfasser gibt eine ausgezeichnete Anleitung zur Untersuchungstechnik bei der Diagnose der chronischen Blennorrhoe. Ist der Gonokokkenbefund im Urethralsekret positiv, so ist zunächst die

Infektion der rückwärtigen Harnröhre und ihrer drüsigen Anhänge auszuschliefsen und erst dann in der vorderen Harnröhre nach jenem Herd zu suchen, dessen Erkrankung für das Chronischwerden des Leidens verantwortlich gemacht werden kann. Ist auch ein solcher Retentionsherd auszuschliefsen, so sind Blase und Niere ins Auge zu fassen.

Arthur Schucht-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über die Sterilisierbarkeit von Atoxyllösungen, von G. Candussio. (*Zeitschr. d. allgem. österr. Apotheker-Ver.* 1909. Nr. 37.) Atoxyllösungen, welche durch zweiminutenlanges Erhitzen auf 100° sterilisiert sind, färben sich innerhalb eines Jahres trotz absoluten Lichtschutzes mehr oder weniger gelb. Die dadurch eingetretene Zersetzung besteht nach Hager in einer Spaltung des Atoxyls in Anilin und Natriumarsenit, während Poulenc eine solche in Anilin und Natriumarsenat annimmt. Verfasser hat dann ein Verfahren ausfindig gemacht, nach dem anorganisches und organisches Arsen nebeneinander bestimmt werden können und kommt dann zu folgenden Schlufsfolgerungen:

1. Atoxyl darf weder durch einhalbstündiges Erhitzen auf 112° noch durch einstündiges Erhitzen auf 100° noch durch sieben bis achtstündiges ununterbrochenes Erhitzen auf 70° sterilisiert werden.

2. Die Sterilisation geschieht am vorteilhaftesten nach einem dem Verfasser patentierten Verfahren auf kaltem Wege; in dringenden Fällen ist der zwei Minuten währenden Erhitzung auf 100° der Vorzug vor den anderen erwähnten Methoden zu geben.

3. Atoxyllösungen, die eine, wenn auch nur strohgelbe Färbung zeigen, sind wegen der dadurch gekennzeichneten Zersetzung nicht mehr zu verwenden. Der Apotheker kann für die Haltbarkeit der Atoxyllösungen nicht verantwortlich gemacht werden.

4. Zersetzungen, welche durch langes Aufbewahren entstanden sind, charakterisieren sich durch mehr oder weniger intensive Gelbfärbung; Zersetzungen, welche durch Erhitzen eingetreten sind, geben sich dadurch nicht zu erkennen.

Der Arzt hat kein Kriterium betreffs einwandfreier Atoxyllösungen an der Hand und es gewinnt dadurch die Behauptung an Wahrscheinlichkeit, dafs die so oft mit Atoxyl beobachteten gefährlichen Nebenwirkungen auf eingetretene Zersetzungen zurückzuführen sind. *Strickrodt-Hamburg.*

Zur Synthese des Asurol, von W. Schoeller und W. Schrauth-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Dez. 1909.) Die Arbeit behandelt eingehend die chemischen Eigenschaften der verschiedenen Hg-Präparate. Das Präparat, welches den hauptsächlichsten Forderungen an ein gutes Präparat entspricht, war nur im Bereich des nicht ionisierbaren Quecksilbers zu suchen und unter diesen bot wieder die Quecksilber-Kohlenstoff-Bindung die gröfsten Aussichten. Am besten bewährt hat sich das unter dem Namen Asurol in den Handel gebrachte Aminooxyisobuttersäure - Doppelsalz, welches 40,3% Quecksilber enthält. *Arthur Schucht-Danzig.*

Borwachssalbe mit Argentum nitricum. (Dr. GEBELE bei aton. Granulationsflächen.)

℞ *Ol. olivar.* 60,0
Cer. flar. 30,0
Acid. boric. plv. 10,0
Argent. nitric. 1,0
S. Salbe.

Protargolsalbe.

℞ *Protargol* 1,5—3,0
solve in *aq. dest. frigid.* 3,0—5,0
Adde:
Adeps lanae anhydric. 12,0
Vasel. flav. ad 30,0
S. Wundsalbe.

Suppositorien (gegen Prostatitis acuta).

℞ *Heroin mur.* 0,01
Eumydrin 0,0015—0,002
Ol. cacao 2,0
d. t. dos. VI
S. morgens und abends ein Zäpfchen einzuführen.

Beiträge zur Wirkung der BUROW-Lösung, von G. VARJAS-Tapolcza. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 40.) Verfasser teilt einige Beobachtungen über die BUROW-Lösung mit. Eine 40jährige Frau hatte auf der Hand ohne jede nachweisbare Ursache ein Ulcus. Er behandelte es antiseptisch. Die üblichen Mittel (Jodoform, Xeroform, Airol usw.) in Pulversalben- und Gazeform waren ganz erfolglos. Mit Hydrophilgaze, die in verdünnte BUROW-Lösung getaucht wurde, behandelt, trat nach acht Tagen Heilung ein und das Geschwür vernarbte vollkommen. — Auf der Hand eines jungen Mannes desinfizierte Verfasser eine Stichwunde und vernähte sie. Die Naht hielt nicht. Die Wunde wollte durchaus nicht heilen. Mit BUROW-Lösung behandelt, heilte sie bald und vollkommen. — Eine 30jährige Frau wurde wegen Echinococcus operiert. In der Epigastriumgegend blieb eine Fistel zurück, die nicht heilen wollte. Mit Hydrophilgaze bedeckt und auch in den Fistelgang solche Gaze eingeführt, erzielte Verfasser bald Heilung. — Ein 15jähriges Mädchen wurde wahrscheinlich wegen Caries necrotica am Schenkel operiert. Eine längere Fistel und träge Granulationen traten auf. Nach der Entfernung der Granulationen heilte die Fistel unter Behandlung mit BUROW-Lösung.

Porosz-Budapest.

Zur Anwendung des Chlorkalks in der Dermatologie, von C. BINZ. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Bei Erysipel und Frostbeulen wurden mit Chlorkalk ($CaOCl_2$) gute Erfolge erzielt. Die Salbe soll höchstens 1 : 20 stark sein und nur einmal in 24 Stunden sanft, nicht auf wunde Stellen eingerieben werden. Die von dem Chlorkalk getroffenen und gereizten Stellen sollen mit einer dünnen wässerigen Lösung (1 : 1000) des offizinellen „Antichlors", $Na_2S_2O_3$ bespült werden.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Behandlung chronischer Hauterkrankungen, von DREUW-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 37.) Verfasser hebt die Vorzüge der bekannten DREUWschen Salbe bei chronischen Hautkrankheiten hervor und erklärt ihre Wirkungsweise durch eine Reihe von chemischen, histologischen und therapeutischen Versuchen. Bekanntlich hat die Salbe den Vorzug höchster Dosierung reduzierender Mittel (75%) neben geringer Reizbarkeit. Verfasser erklärt dies dadurch, daſs die Anwendung der Salbe eine Pergamentbildung in der gesunden Umgebung der Psoriasisefflorescenzen

zur Folge hat, welche auf die Lymphspalten und Blutgefäfse einen Druck ausübt, so dafs eine Resorption des Chrysarobins erschwert ist; aufserdem verhindert die undurchlässige Pergamentschicht rund um die Effloreszenzen die Resorption der Salbenbestandteile, so dafs man bis zu einem gewissen Grade eine elektive Wirkung auf die erkrankten Stellen beobachten kann. — Die Vereinigung des Chrysarobins mit der alkalischen grünen Seife paralysiert die Wirkung des Chrysarobins nicht, da die Salbe aufserdem Salicylsäure enthält, welche mit der grünen Seife ein salicylsaures Alkali bildet. Den weiteren Vorzug der Salbe bildet die feine Verteilung des Chrysarobins und seine langsame und intensive Oxidierung auf der Haut.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Destillotuberkulin. Vorläufige Mitteilung, von V. Vasilescu-Bukarest. (*Centralbl. f. Bakter.*, Bd. 58, Heft 3.) V. wendete den Weg der Destillation an, um die aromatische Substanz, welche in den Tuberkelbazillenkulturen nach dem ihnen anhaftenden angenehm aromatischen Geruch enthalten ist, zu isolieren. Die zu den Versuchen verwendete, mit Tuberkelbazillen beschickte Glycerinbouillonmenge schwankte zwischen 750 und 1000 ccm, die Kultur blieb zwei bis drei Monate im Brutofen bei 37° C und wurde dann der Destillation unterworfen. Werden die entsprechenden, genau einzuhaltenden und im Detail von V. beschriebenen Mafsregeln ergriffen, dann erzielt man ein klares, farbloses Destillat, das stark nach Tuberkelbazillen riecht und dessen Menge ungefähr ein Drittel der verwendeten Bouillonmenge beträgt. In Reagensgläschen verteilt, bewahrte das Destillat seine Eigenschaften drei bis vier Monate lang. Die Versuche, die an Tieren (Meerschweinchen und Kaninchen) mit dem Destillat angestellt wurden, ergaben mit 1 ccm keinerlei Reaktion, bei Injektion von 5 ccm (intraperitoneal, intravenös oder auch subcutan) trat aber Sinken der Temperatur um 0,5—1,2° C und innerhalb 24 Stunden Körpergewichtsverlust von 50—80 g auf. Die Tiere erholen sich innerhalb einiger Tage (acht bis zehn) und die Temperatur ist schon nach fünf bis sechs Stunden wieder normal. Manche Versuchstiere gehen bei wiederholten Einspritzungen rasch zugrunde. Eine Erklärung für die Herabsetzung der Temperatur und den Körpergewichtsverlust vermag V. vorläufig nicht zu geben.

Stern-München.

Epicarinspiritus (gegen Pruritus):

℞ *Epicarin* 1,0
Alkohol 20,0

(*Prof. Brühls Atlas der Ohrenheilkunde.*)

Eucerin eine moderne vorzügliche Salbengrundlage, von F. A. Philippi-Bad Salzschlirf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) Vor einigen Jahren hat Lifschütz aus Uguentum Paraffini und Alkohol IIc, einem bei der Verseifung von Wollfett gewonnenen Körper, eine neue, weifse, äufserst geschmeidige, leicht zu verreibende, vollständig geruchlose, unzersetzliche Salbengrundlage, das Eucerin, hergestellt, das enorme Wassermengen aufnimmt und mit den in der Dermatologie gebräuchlichen Mitteln gut mischbar ist. Obwohl Unna in mehreren Publikationen auf die grofsen Vorzüge des Eucerins, besonders auf seine kühlende Wirkung, auf seine Bedeutung für die Behandlung der Ichthyosis usw. hingewiesen hat, ist das Präparat im allgemeinen doch wenig beachtet worden; Ph., der sich von seinen hervorragenden Eigenschaften selbst vielfach überzeugt hat, möchte daher durch seine kurze Mitteilung weitere Kreise auf das Eucerin hinweisen. *Götz-München.*

Über Europhen in den verschiedenen Indikationsgebieten, von Goldmann. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 30.) Ein zusammenfassendes Referat der Anwendungsweisen des Europhens auf den verschiedensten Spezialgebieten unter Anführung der wichtigsten Autoren, von denen besonders Neisser zu erwähnen ist, welcher dem

Europhen den am meisten spezifischen Einfluſs auf den DUCREYschen Bacillus vor allen Jodoformersatzmitteln zuspricht. Bakteriologisch ist die dem Jodoform völlig ebenbürtige Wirksamkeit des Europhens von SIEBEL festgestellt worden.

Über die Kontraindikationen der Fibrolysinanwendung, von S. STOCKER-Luzern. (*Correspondenz-Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 24.) Der Verfasser injizierte einer 37jährigen Frau wegen schmerzhafter, derber Adhäsionen im Abdomen zweimal je 2,3 ccm Fibrolysin (MENDEL). Darauf traten sehr starke Reaktionserscheinungen unter ödematöser Schwellung alter Periostitisnarben am linken Vorderarm auf, während an den Injektionsstellen gar keine Reaktion zu bemerken war. Der Verfasser mahnt dazu, vor der Fibrolysinanwendung die Anamnese recht streng zu beachten und bei Vorhandensein früherer, schwerer Infektionen, die durch bindegewebige Reaktion zu heilen pflegen, von der Anwendung Abstand zu nehmen. *Schourp-Danzig.*

Behandlung der Hautkrankheiten mit ätherischem Extrakt von Filix mas, von LANARA. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 5.) L. hat im Extrakt von Filix mas eine Panacee gegen „alle Arten von Hautkrankheiten lokaler Natur" gefunden; seit vielen Jahren erzielt er bei Hautaffektionen verschiedener Art, besonders beim akuten und chronischen Ekzem, beim Ekzema seborrhoicum, bei Akne, Sykosis usw. auch an ganz veralteten, hartnäckigen Fällen mit Aufpinselungen des genannten Extrakts ohne jede weitere örtliche oder allgemeine Therapie innerhalb kurzer Zeit die glänzendsten Resultate. Während er anfänglich alkoholischen Extrakt verwendete, bedient er sich jetzt des ätherischen; er verdünnt diesen für akute Fälle mit zwei Teilen, für subakute und chronische Fälle mit einem bis einem halben Teil Tinctura valeriana aetherea. Das Mittel wird am Abend aufgepinselt, am Morgen wird die kranke Hautpartie mit Wasser und Seife gereinigt und mit einer Bleiglycerinsalbe bedeckt. Bei akutem Ekzem werden vor Beginn der Pinselungen zwei bis drei Tage hindurch Umschläge mit warmem Wasser oder mit Bleiwasser gemacht; vorhandene Krusten müssen stets entfernt werden. *Götz-München.*

Die antiparasitäre Wirkung des Formaldehyd und einiger Formaldehydpräparate, von JULIUS KRUG. (Inaug.-Dissert. Gieſsen 1909.) Zusammenfassung: 1. Das Formaldehyd kann in Konzentrationen bis zu 4% ohne jeden Nachteil für die Haut in Form von Einreibungen oder Bädern als Antiparasiticum Verwendung finden. Höhere Konzentrationen sind ohne Nachteil für die äuſsere Haut nur anwendbar, wenn Glycerin beigemischt ist. 3. Durch Glycerin wird die Wirkung des Formaldehyd beeinträchtigt. 4. Durch Zusatz von 0,25% Säure tritt eine Verstärkung in der Formaldehydwirkung ein. 5. Die antiparasitäre Wirkung des Formaldehyd an isolierten Milben ist gegenüber der des Liquor cresoli saponatus gering. 6. Mit Zunahme der Temperatur der Lösungen wächst die antiparasitäre Wirkung des Formaldehyd. 7. Bei den Versuchen über die Wirkung des Formaldehyd gegenüber isolierten Milben fällt die geringe Giftigkeit desselben auf. Vielleicht lieſse sich eine Erklärung darin finden, daſs das Gas chemisch verwandt ist mit dem bei dem Stechakt von den Parasiten ausgespritzten Gift und so eine gewisse Immunität gegen Formaldehyd besteht. 8. Die Giftigkeit des Formaldehyd für das zu behandelnde Individuum ist gering. Bei Anwendung von 4% Bädern an weiſsen Mäusen kann keines der für Formaldehydvergiftung charakteristischen Symptome festgestellt werden, während andere Desinfektionsmittel in solcher Konzentration bereits toxische Erscheinungen hervorrufen. 9. Von 14 behandelten Fällen von Acarus, Sarcoptes, Trichodectes und Herpes tonsurans konnten acht geheilt werden. 10. Das Formaldehyd kam zur Anwendung in Verbindung mit Spiritus, Seifenspiritus, Glycerin, Azeton und als Salbe in Konzentrationen von 2—16%. 11. Von den untersuchten Formaldehydpräparaten verdient Belloform nach seiner Wirkung auf isolierte Milben den Vorzug, was wohl auf dem ihm eigenen

1%igen Gehalt an Phenolen beruht. 12. Von den mit sechs verschiedenen Formaldehydpräparaten behandelten neun Fällen von Sarcoptes major, minor und Acarus wurden sieben Patienten geheilt. 13. Die Dauer der Behandlung betrug bei sämtlichen Tieren 17 Tage bis zwölf Wochen. *Fritz Loeb-München.*

Über anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei akuter Quecksilbervergiftung, von Hermann Eichhorst-Zürich. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 45.) An der Hand eines Falles von akuter Sublimatvergiftung mit tödlichem Ausgange berichtet Verfasser über die anatomischen Veränderungen, die er dabei in der Bauchspeicheldrüse und der Ohrspeicheldrüse finden konnte.

Das Drüsengewebe der Bauchspeicheldrüse war ungewöhnlich blutreich, so daſs die einzelnen Drüsenläppchen durch rotgefärbte, stark hyperämische Bindegewebszüge voneinander getrennt erschienen. Mikroskopisch konnte auſser einem ungewöhnlichen Reichtum an Langerhansschen Inseln nichts Krankhaftes festgestellt werden. Die Präparate aus der Ohrspeicheldrüse zeigten dagegen vor allem frische Entzündungsherde in Gestalt von Rundzellenherden; dieselben umgaben überall die Speichelgänge und hatten von diesen das Drüsengewebe auf mehr oder minder weite Entfernung zurückgedrängt. Auſserdem fanden sich in diesen Herden stets stark erweiterte und gefüllte Blutgefäſse. Die Speichelröhren waren fast ausnahmslos mit einer geronnenen, grobkörnigen Masse erfüllt, welche sehr reich an Rundzellen war. Vielfach hatte man den Eindruck einer nicht unerheblichen Erweiterung der Speichelröhren.

Was die Frage anbelangt, in welcher Weise Quecksilber auf die Speicheldrüsen einwirkt, so kann nach Verfasser zunächst nicht daran gezweifelt werden, daſs eine solche Einwirkung unmittelbar stattfindet, und daſs es unrichtig ist, einen Quecksilberspeichelfluſs ausnahmslos reflektorisch von einer vorausgegangenen Mundentzündung ableiten zu wollen. Zu diesen reinen Quecksilberwirkungen können sich zufällig andere anatomische Vorkommnisse hinzugesellen. Dahin gehört die Perisialodochitis, an der der Fall Verfassers litt. Sie war wahrscheinlich die Folge der Speichelstauung, die eine Infektion mit phlogogenen Bakterien begünstigt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Eine neue Methode, um bei Injektionen mit löslichen Quecksilbersalzen den Schmerz zu beseitigen, von De Bella. (*Il Morgagni.* 27. März 1910.) Der Autor berichtet über Versuche, welche in der Klinik von Genua mit dem Zusatz von Saccharose zu Hydrarg. bijod. und Benzoat-Lösungen gemacht wurden. Es wurden eine 1%ige Quecksilbersalzlösung und eine 10%ige Zuckerlösung jede für sich sterilisiert und dann gemischt. Ungefähr 300 mit diesen Lösungen vorgenommene Injektionen wurden vortrefflich vertragen. Sie waren ebenso wirksam wie die sonstigen Lösungen und dabei vollkommen schmerzlos. *Gunsett-Straſsburg.*

Über die Hydroxylionenkonzentration des pathologischen Blutes. (Zur Wirkung des Quecksilbers), von C. Kreibich-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 10.) Untersuchungen über die Alkaleszenz des Blutes und ihre Schwankungen bei gewissen Hautkrankheiten. Konstante Steigerung der Alkaleszenz nach Zuführung von Hg, ganz besonders aber nach Sublimatinjektionen. Die Abheilung syphilitischer Exantheme stand anscheinend in keiner direkten Beziehung zur Höhe der Alkaleszenzsteigerung; es läſst sich darum nicht ohne weiteres sagen, wie weit überhaupt die Alkaleszenzänderung des Blutes eine Beziehung zur Heilwirkung des Quecksilbers besitzt. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Jodtherapie und das Jodarsotropin, von J. Kitaj. (*Therap. Centralbl.* 1910. Nr. 2.) Jodarsotropin ist eine Komposition des Jodarsen mit Extractum Belladonnae und wird in Form von Tabletten von C. Hell & Co. in Troppau hergestellt.

Nebenerscheinungen außer Akne wurden sehr selten beobachtet. Bei Lues und metaluetischen Erkrankungen wurden gute Erfolge beobachtet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Resorptionsfähigkeit der tierischen Haut für Jodkalium in verschiedenen Salbengrundlagen, von Karl Bartenbach. (Inaug.-Dissert. Gießen 1909.) Ergebnisse: 1. Die intakte Haut des Pferdes, Hundes (Rindes), Schafes und Kaninchens ist für Jodkalium in Zusammensetzung mit Adeps suillis, Ungt. paraffini und Lanolin permeabel. 2. Als beste Salbengrundlage zur Beförderung der Durchgängigkeit durch die intakte Haut ist Schweinefett anzusehen. Jodkalium in Zusammensetzung mit Ungt. paraffini wird weniger gut resorbiert, während Jodkalium in Lanolin als Salbengrundlage sehr großer Mengen als Minimaldosis zur Erreichung einer positiven Jodreaktion im Harn bedarf. 3. Das resorbierte Jodkalium erscheint in Zusammensetzung mit allen drei Salbengrundlagen durchschnittlich nach zwei Stunden im Harn. 4. Die geringste Menge des in Salbenform eingeriebenen Jodkaliums, das sich noch im Harn nachweisen läßt, beträgt für die einzelnen Excipientien und Tiergattungen:

	Adeps suill.	Ungt. paraffini	Lanolin
Pferd	1,0	1,0	2,25
Hund	0,5	0,5	0,75
Rind	1,25	—	—
Innenfläche der Hinterschenkel	1,0	1,25	1,25
Schafrücken	1,75	2,25	2,5
Kaninchen	0,075	0,1	0,125

Fritz Loeb-München.

Jodtropon, von Georg Joachim. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1910. Nr. 14.) Bericht von vier Krankheitsgeschichten, aus denen hervorgeht, daß Jodtropon gut vertragen wird und keinen Jodismus verursacht, selbst bei monatelanger Anwendung. Das Präparat wurde gern und ohne Widerwillen genommen und wirkte in weit geringeren Mengen als Jodkalium bzw. Jodnatrium. *Schourp-Danziq.*

Kalium permanganicum crystallisatum als gewebszerstörendes Mittel, von J. Finck-Charkow. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Um eine Reinigung von Geschwürsflächen und eine Zerstörung von kleinen Geschwülsten zu bewirken, hat Verfasser mit bestem Erfolg das Kalium permanganicum in Substanz angewandt. Bei lupösen Geschwüren z. B. verfährt er folgendermaßen: von gut klebendem Heftpflaster werden entsprechend große Stücke hergerichtet, welche in ihrer Mitte genau der Geschwürsgröße entsprechend durchlocht sind. Diese werden auf die zu behandelnde Stelle in 5—15facher Lage genau passend aufgeklebt, so daß ein kleiner Schacht oder Trichter über dem Ulcus entsteht. Dieser Hohlraum wird mit dem feingepulverten Salz ausgefüllt, worauf ein Deckel von Heftpflaster aufgelegt wird. Nach 48 Stunden ist das Geschwür vollständig gereinigt. Allerdings wird auch gesundes Hautgewebe von dem Mittel angegriffen und verätzt. Das Verfahren ist auch bei Kankroid, Fungus, Granulomen, Decubitus, Ulcus cruris, Angioma cavernosum, Keloid, Karbunkel usw. zu verwenden. (Ganz neu ist die Methode nicht. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kalium permanganicum crystallisatum als gewebezerstörendes Mittel, von R. Blumm-Bayreuth. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 6.) Zu diesem Thema bemerkt B., daß er seit einigen Jahren bei Panaritien, Abscessen, Phlegmonen und Furunkeln nach der Inzision und der Entleerung des Eiters die Wundhöhle mit Kalium permanganicum ausfüllt und dann mit unverdünntem Holzessig anfeuchtet. Unter Kompressen, die mit 6%iger Holzessiglösung getränkt sind, erfolgt dann in 24 Stunden eine vollständige Ablösung aller nekrotischen Fetzen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfrierung als therapeutische Mafsnahme; flüssige Luft und Kohlensäureschnee, von G. T. Jackson und S. D. Hubbard-New York. (*Med. Record.* 17. April 1909.) Besprechung und enthusiastische Empfehlung der Methode; mit zahlreichen Abbildungen. „Die Erfrierung ist die beste Behandlung des Lupus erythematosus"; 15 Sekunden genügt für die einzelne Applikation, da tiefes Erfrieren hierbei nicht nötig. „Jeder Fall wird zur Heilung gebracht, wenn der Patient die Behandlung lange genug durchsetzt." Sehr gute Resultate wurden ferner erreicht bei allen Arten Nävi, bei oberflächlichen Epitheliomen, Keratosis senilis, Warzen, Papillomen, Tätowierungen, Keloiden, Tuberculosis verrucosa usw. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die Behandlung mit Kohlensäureschnee, von A. Havass-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 48.) Nach Verfassers Ergebnissen kann man das Verfahren eher mehrere Male nacheinander in geringeren Dosen anwenden (weil die einzelnen Anwendungsfälle sich einander ergänzen) als dafs man eine zu grofse Dose auf einmal anwendet, was zur Gewebezerstörung, zur Vernarbung führen kann. Eine Wiederholung des Verfahrens an derselben Stelle soll so lange nicht erfolgen, als die Reaktion nach der letzten Anwendung nicht verschwunden ist. Wenn die Wirkung eine oberflächliche sein soll, genügt eine 5—10 Sekunden lange Berührung. Behufs einer tieferen Wirkung ist eine 1—1½ Minute lange Berührung anzuwenden. Das Alter des Kranken ist immer in Betracht zu ziehen. Bei Kindern und sehr jungen Individuen, ferner bei Personen mit sehr gracilem Adernsystem tritt eine Tiefenwirkung viel früher ein, als bei Kranken vorgeschrittenen Alters. Wichtig ist auch die gehörige Würdigung der Gewebskonstruktion der in Angriff zu nehmenden Teile. Ein saftreiches Gewebe von weicher Konsistenz beansprucht eine kleinere Dose, eine kürzere Einwirkung, als ein härteres, z. B. bindegewebereiches Gebilde. In der geätzten Stelle kontrahieren sich die Adern, die Haut wird blafs, ein oder zwei Minuten später entsteht auf der benachbarten gesunden Haut ein lebhaft roter Hof. Eine Viertel- oder halbe Stunde später zeigt sich an der bearbeiteten Stelle eine urticariaartige, ödematöse Erhöhung. Fünf oder sechs Stunden später sickert dem Hof entsprechend eine grofse Menge Serum unter das Epithel und hebt es in Form einer Blase ab. Später steigert sich noch die Schwellung entsprechend der Einwirkungsdauer der CO_2. Das herausgesickerte Serum wird eventuell sanguinolent. Die Reaktion erreicht am dritten oder vierten Tage das Maximum. Der Inhalt der Blase verdunstet oder verdichtet sich und löst sich mit dem darüber liegenden Gewebe 6—8—14 Tage später in Form eines Schorfes ab. Acht Fälle, 5 Naevus, 1 ekzematöse Plaque, 1 Angioma, 1 Leukoma linguae, heilten ohne Ausnahme. *Porosz-Budapest.*

Einige durch die lokale Anwendung von fester Kohlensäure erzielte Resultate, von E. R. Morton-London. (*Brit. med. Journ.* 29. Jan. 1910.) Verfasser berichtet über eine Serie von 123 Fällen, welche er mit fester Kohlensäure behandelt hat. Die Affektionen umfassen: Naevi (105), gewöhnliche Warzen (12), Lupus vulgaris und erythematosus (je 1) und Mälern (4). Die Resultate bei den beiden Lupusfällen waren nicht besser, als wie man sie mit anderen Mitteln auch erzielen kann. Die Naevi dagegen, unter denen sich alle die gewöhnlichen Abarten fanden, heilten ungemein prompt und vollständig, meist nach einer einzigen Applikation, ab.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung mehrerer Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee. Modifikationen derselben, von M. Serrano und J. Nouell. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 2.) Die Arbeit ist identisch mit dem in der Sitzung vom 14. Oktober 1909 in der spanischen dermatologischen Gesellschaft gehaltenen, in den *Actas dermo-sifiliograficas,* 1909, II. Jahrgang, Nr. 1 publizierten Vortrag. Derselbe wurde bereits in *dieser Zeitschrift* referiert. *Gunsett-Strafsburg.*

Applikation von Kohlensäureschnee bei einigen Hautkrankheiten, von E. de Oyarzabal. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 3.) Einige allgemeine Mitteilungen über das Verfahren ohne neue Tatsachen. *Gunsett-Strafsburg.*

Liquor Paraffini Kromayer. ℞ *Paraffin. liquid.*
Xylol
Aceton ãã 30,0.
(*Apoth. Ztg.* 1909. Nr. 100.)

Über Peru-Lenicet. Beitrag zur Perubalsambehandlung eitriger und geschwüriger Prozesse, von Willy Pullmann. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 42.) Das Peru-Lenicet enthält 7½% Perubalsam, 15% Lenicet, der Rest ist feinst präpariertes Talkum. Das Präparat ist ein feines, kaum stäubendes Pulver von fast weifser Farbe, mit dem Geruch des Perubalsams. Verfasser brachte das Peru-Lenicet bei eitrigen Wunden jeder Art in Anwendung und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Das Peru-Lenicet vereinigt in glücklicher Weise die guten Eigenschaften der essigsauren Tonerde mit denen des Perubalsams, die schwachadstringierende und sekretionsbeschränkende Wirkung der Granulation anregenden. Das Material des Verfassers besteht aus Panaritien, Phlegmonen, Furunkeln, Karbunkeln, infizierten Verletzungen, Bubonen, Bursitiden und dergleichen, und schliefslich aus einer grofsen Zahl von Unterschenkelgeschwüren; bei diesen letzteren sollen die Erfolge am eklatantesten gewesen sein. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Sajodin, von Oskar Neugebauer. (*Österr. Ärzte-Zeitung.* 1908. Nr. 8.) Unter 14 Fällen zeigten sich nur in einem unangenehme Jodismuserscheinungen. Im allgemeinen ist das Präparat sehr zu empfehlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Erfahrungen über die Behandlung granulierender Wundflächen mit Scharlachrotsalbe, von Gustav Morawetz-Wien. (*Therapeut. Monatshefte.* Sept. 1909.) Die Bereitungsweise der Salbe war folgende (nach Krajca):

℞ *Scharlachrot* 8 g
Tere cum oleo chlorof. usque ad solut.
Adde Vaselini 100 g.

Die Scharlachrotsalbe erwies sich bei diesen 25 Fällen als verläfsliches therapeutisches Hilfsmittel gerade für die Behandlung rein granulierender Geschwürsflächen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Seifenspiritus. (*Pharmazeutische Zentralhalle für Dtschld.* 1909. 50. Jahrg. Nr. 36.) Vorschrift zur raschen Herstellung von Spiritus saponatus. *Arthur Schucht-Danzig.*

Behandlung der Hautkrankheiten und insbesondere des Ekzems mit rohem Steinkohlenteer. (*Presse méd.* 1909. Nr. 65.) Referat des in den *Annales de Dermat. et de Syph.* 1909. Nr. 1 erschienenen und bereits in *diesen Monatsheften* Bd. 48, S. 266 referierten Artikels von Brocq: „Der Steinkohlenteer in der Dermatologie.“ *Gunsett-Strafsburg.*

Angioneurosen.

Über Thiosinaminvergiftung, von F. Hayn-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) Ein robuster Mann mit einer wahrscheinlich exogen enstandenen Tuberculosis verrucosa cutis mit beträchtlicher Narbenbildung erhielt einen Tag um den andern eine Injektion von 0,2 Fibrolysin. Nach den ersten Dosen klagte er nur über leichte und nach einigen Stunden vergehende Kopfschmerzen; nach der vierten Dosis traten aber heftigere Störungen mit 39,5 Temperatur, beschleunigtem Puls, Schüttelfrost, Erbrechen, Kopfschmerzen und grofser Mattigkeit hervor. Ähnliche Erscheinungen

wiederholten sich noch bei Verabreichung von zwei weiteren Injektionen, trotzdem das eine Mal nur eine halbe Ampulle verwendet wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Pyämide, von Ludwig Merk-Innsbruck. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38.) Unter einem Pyämid will M. Hauterscheinungen verstehen, welche augenscheinlich durch pyämische Produkte auf hämatogenem Weg oder durch kreisende Stoffe in der Haut erzeugt werden. Das klinische Bild, unter welchem Pyämide auftreten, ist das einfache und papulöse Erythem, die Purpura urticata und das pustulöse und vesicopustulöse Pyämid. Auch manche Formen von Hauterscheinungen bei Syphilis und Tuberkulose sind hierher zu rechnen und als Mischinfektion aufzufassen.

Schourp-Danzig.

Über eine Typhusepidemie mit initialem hämorrhagischem Exanthem, von H. Curschmann-Mainz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Eine Familie von acht Personen, Eltern und sechs Kinder, erkrankte ziemlich gleichzeitig unter Erscheinungen, welche allerdings als Zeichen von Typhus exanthematicus gelten konnten. Die Diagnose wurde aber in dem einen Falle durch die Autopsie sichergestellt und im übrigen durch den positiven Ausfall der Widalschen und der Fickerschen Reaktionen, den Nachweis von Eberthschen Typhusbazillen, die initiale Leukogenie und den ganzen klinischen Verlauf bestätigt. Als besondere und tatsächlich ungewöhnliche Abnormität schildert Verfasser das Auftreten von Petecchien und Hämorrhagien bis zu Hanfkorngröfse auf der Haut des Rumpfes, vorwiegend der Brust, in der Zeit vom zweiten bis vierten Krankheitstage in plötzlicher Aussaat. Begünstigt war diese Abnormität vielleicht durch die dürftigen Lebensverhältnisse der Kranken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Arzneiexantheme, von Kurt Bendix-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 16.) Sammelreferat über die in den Jahren 1900—1908 erschienene Literatur. Aufser einigen Publikationen allgemeinen Inhalts werden die wichtigsten Arbeiten angeführt, welche die Arzneiexantheme bei Gebrauch von Arsen, Quecksilber, Jod und Brom, Chinin, Antipyrin, Antifebrin, Pyramidon, Migränin, Veronal, Salicylpräparaten, Chloralhydrat, Borsäure, Resorcin, Formamint, Pilokarpin, Kokain, Folia uvae ursi, Krotonöl, Eukalyptusöl und Haarwässern, sowie die Serumexantheme zum Gegenstand haben. *Götz-München.*

Jododerma bullosum haemorrhagicum, von William S. Gottheil-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53. Nr. 18.) G. zitiert drei Fälle, welche von Morrow, von Hallopeau und von Russel beschrieben sind, und fügt ihnen eine eigene Beobachtung hinzu. Diese betraf einen 42jährigen Mann, der an syphilitischer Lebercirrhose bzw. an Urämie einging. Das Jododerma wurde drei Wochen vor seinem Tode, nachdem er fünf Tage hindurch je 6 g Jodkalium zu sich genommen hatte, festgestellt. *Schourp-Danzig.*

Chinindermatitis, von W. Gripper-Wallington. (*Brit. med. Journ.* 3. Juli 1909.) Eine gegen Chinin empfindliche Dame nahm eine Mischung, welche etwa 0,02 Chinin enthalten haben mochte. In wenigen Stunden erfolgte intensives Jucken und ein über fast den ganzen Körper sich ausbreitendes Erythem mit ödematöser Schwellung. Die Erscheinungen steigerten sich, als zwei Tage lang geringe Dosen von Chinin weiter gegeben wurden, und die mit ausgedehnter Desquamation verbundene, exquisit scharlachartige Affektion war erst nach vier Wochen überstanden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Freie Vereinigung der Deutschen medizinischen Fachpresse. Herr Prof. W. Heubner in Göttingen hat in einem in der Juninummer der *Therapeutischen Monatshefte* veröffentlichten Artikel „Reklame durch Sonderabdrücke" sich gegenüber einer Bemerkung von Prof. Klemperer, daſs die Redaktion der *Therapeutischen Monatshefte* in der Frage der Sonderabdrücke selbständig vorgegangen sei, ohne sich an das berufene Forum, die Freie Vereinigung der deutschen medizinischen Fachpresse, zu wenden, in folgender Weise geäuſsert: „Diese Vereinigung hat bereits im Jahre 1908 diese Frage diskutiert und ist zu dem Resultate gekommen: Es dürften weiterhin Separata an industrielle Firmen geliefert werden. Somit erschien ein Appell an diese Vereinigung von vornherein ziemlich aussichtslos. Auch darf es zweifelhaft sein, wie weit bei dieser Entscheidung der Einfluſs der pharmazeutisch-chemischen Groſsindustrie beteiligt war, deren Vertreter ja zu gewissen Beratungen der Vereinigung der medizinischen Fachpresse hinzugezogen wird. Ich halte mich für berechtigt, diesen Zweifel auszusprechen, da ich Beweise dafür in der Hand habe, daſs von seiten der Groſsindustrie versucht worden ist, sogar den redaktionellen Teil wichtiger Publikationsorgane in ihrem Sinne zu beeinflussen." Gegen diese Ausführungen, die bei uneingeweihten Lesern den Verdacht erwecken können, daſs der von Herrn Heubner erwähnte Beschluſs der Vereinigung vom Jahre 1908 durch eine unzulässige Beeinflussung seitens der pharmazeutisch-chemischen Groſsindustrie zustande gekommen sei, legt der unterzeichnete Ausschuſs der Freien Vereinigung der deutschen medizinischen Fachpresse im Namen ihrer Mitglieder nachdrücklich Verwahrung ein. Wäre Herr Heubner Mitglied unserer Vereinigung, so müſste er wissen, daſs der Vertreter der pharmazeutisch-chemischen Groſsindustrie bei Sitzungen der Vereinigung lediglich informatorisch zugegen ist, zu dem Zwecke, die medizinische Fachpresse in ihrem Kampfe gegen die Arzneimittel-Soldschreiber mit geeignetem Material zu versehen. Nur dieser Unterstützung hat die deutsche medizinische Fachpresse es zu verdanken, daſs sie innerhalb kurzer Zeit den Reinigungsprozeſs so erfolgreich durchführen konnte.

Wenn Herr Heubner ferner auf Versuche der pharmazeutisch-chemischen Groſsindustrie, wichtige Publikationsorgane in ihrem redaktionellen Teil zu beeinflussen, hinweist, so erwarten wir von ihm das belastende Material zur weiteren Verfolgung.

Der Ausschuſs der Freien Vereinigung der Deutschen medizinischen Fachpresse.

Dr. B. Spatz.

Über die photodynamische Wirkung chlorophyllhaltiger Pflanzenextrakte, von Walther Hausmann-Wien. (*Biochem. Zeitschr.* Bd. 12, Heft 3 u. 4.) Schon Tappeiner und seine Schüler hatten darauf hingewiesen, daſs eine groſse Reihe fluoreszierender Körper, die im Dunkeln ungiftig sind, im Lichte hochtoxisch auf Paramäcien wirken und daſs ebenso Fermente und Toxine durch diese fluoreszierenden Körper im Lichte zerstört werden. Hausmann führte diese Versuche weiter fort. In der vorliegenden Arbeit bringt er den Nachweis, daſs methylalkoholische Extrakte grüner Pflanzen im Lichte auf rote Blutkörperchen hämolytisch wirken, während sie dies im Dunkeln nicht tun.

Über die sensibilisierende Wirkung tierischer Farbstoffe und ihre physiologische Bedeutung, von Walther Hausmann. (*Biochem. Zeitschr.* Bd. 14, Heft 3 u. 4.) Auch die Galle wirkt intensiv sensibilisierend auf rote Blutkörperchen. Es trat nur bei Lichteinwirkung Hämolyse bei Zusatz von Galle zu roten Blutkörperchen ein. Die Versuche ergeben, daſs der normale tierische Körper Substanzen besitzt, die imstande sind, im Lichte sensibilisierend zu wirken, d. h. sie vermögen die strahlende

Energie des Lichtes in chemische umzusetzen. Der Verfasser glaubt, dafs diese Sensibilisatoren bei vielen, speziell Hautkrankheiten, eine grofse Rolle spielen, dafs z. B. die Hautbeschwerden beim Ikterus darauf zurückzuführen sind.

Über die sensibilisierende Wirkung pflanzlicher und tierischer Farbstoffe auf Paramäcien, von W. Hausmann und W. Kolmer. (*Biochem. Zeitschr.* Bd. 15, Heft 1.) Die in den vorhergehenden Arbeiten beschriebenen sensibilisierenden Wirkungen auf rote Blutkörperchen werden auch Paramäcien gegenüber bestätigt.

Die photodynamische Wirkung des Chlorophylls und ihre Beziehung zur photosynthetischen Assimilation der Pflanze, von Walther Hausmann. (*Biochem. Zeitschr.* Bd. 16, Heft 4 u. 5.) Da es Willstätter gelang, Chlorophyll kristallisiert darzustellen, so wurden die früheren Versuche mit diesem Körper wieder aufgenommen und die ganz enorme photodynamische Kraft des Chlorophylls auf Paramäcien und rote Blutkörperchen demonstriert.

Über die zerstörende Wirkung der Galle auf Toxine und Antitoxine bei Belichtung, von Walther Hausmann und Ernst Pibram. (*Biochem. Zeitschr.* Bd. 17, Heft 1, 2 u. 3.) Es ergibt sich aus den Versuchen, dafs man durch Galle Toxine (Diphtherie) und Antitoxine im Lichte bei einer Versuchsanordnung unwirksam machen kann, welche im Dunkeln weder Toxin noch Antitoxin schädigt.

Die photodynamische (sensibilisierende) Wirkung pflanzlicher und tierischer Farbstoffe, von W. Hausmann. (*Zentralbl. f. Physiol.* Bd. 23, Nr. 1.) Kurze Mitteilung der bisherigen Resultate in der morphologisch-physiologischen Gesellschaft in Wien. *Gunsett-Strafsburg.*

In der **Französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie** (Sitzung vom 3. Februar. *Le bulletin méd.* 1910. Nr. 11) wird durch Verlesung einer Mitteilung Pautriers und einer Antwort De Beurmanns über das Sporotrichin und dessen diagnostische Verwertbarkeit der zwischen beiden Autoren ausgebrochene Prioritätsstreit zugunsten Pautriers erledigt. *Gunsett-Strafsburg.*

Dermatologisches Hospital Notteboom. Übersicht über einige dermatotherapeutische Resultate, von Paul François-Antwerpen. (*Ann. de la soc. de méd. d'Anvers.* Aug.-Sept. 1909.) Es sind dieselben Behandlungsarten, wie sie auch sonst überall üblich sind, mit denselben Resultaten. *Gunsett-Strafsburg.*

Das Pflegeheim für erblich kranke Kinder in Berlin-Friedrichshagen, von O. Rosenthal. (*Amtl. Nachr. d. Charlottenb. Armenverw.* XIII. Jahrg., Nr. 11, Jan. 1910.) Die Kinder sollen die ersten vier Jahre ihres Lebens in der Anstalt zubringen. Diese Zeit soll der Behandlung und Kräftigung des Körpers dienen. In jedem Jahre sollen zehn neue Kinder aufgenommen werden, bis nach vier Jahren die Zahl 40 erreicht ist und der einmal hergestellte Turnus durch Entlassung der ersten weitergeht. Die gleichzeitig aufgenommenen syphilitischen Mütter sollen die Kinder stillen und ebenfalls behandelt werden. Zur Not können auch syphilitische Ammen angestellt werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Sind besondere Heime für syphilitische Kinder notwendig oder wünschenswert? von O. Rosenthal-Berlin. (*Med. Reform, Wochenschr. f. soz. Med.* 1910.) Verfasser wendet sich gegen die Einwendungen Schlossmanns und Kamnitzers. Ersterer sieht in der Dezentralisierung der Säuglingsfürsorge eine Gefahr, welche Verfasser unter Hinweis auf die allgemein geübte Abzweigung der Tuberkulose von der Säuglingsfürsorge ablehnt. Die Einwände Kamnitzers, dafs dann auch für blennorrhoekranke Kinder Heime errichtet werden müfsten, dafs dem Kinde auch das Stigma der Syphilis durch den Aufenthalt im Heim aufgedrückt werde, werden mit vollem Recht zurückgewiesen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. No. 5. 1. September 1910.

Erosio punctata postvesiculosa colli uteri bei Gonorrhoepatienten.[1]

Von

Oberarzt Dr. med. LUDWIG NIELSEN-Kopenhagen.

Die nachfolgende Mitteilung betrifft die Erosion des Collum uteri, die so überaus häufig gleichzeitig mit einer Cervikalgonorrhoe gefunden wird.

Gewöhnlich stellt man bekanntlich verschiedene klinische Formen der Collumerosion auf, welche doch miteinander kombiniert sein können, nämlich die einfache Erosion, die follikuläre und die papilläre. Es ist die einfache Erosion und namentlich der allererste klinische Anfang derselben, worüber ich einige persönliche Beobachtungen mitteilen soll.

Gewöhnlich findet sich diese Erosion im Orificium und auf einem gröſseren oder kleineren Teil der Auſsenfläche des Collum als scharfbegrenzte, hyperämische Fläche von einem erodierten, feuchten Aussehen; bei etwas unsanfter Berührung ist sie oft leicht blutend. Die Oberfläche wird gewöhnlich als leicht uneben beschrieben. In den letzten Jahren habe ich bemerkt, daſs die Unebenheit der Oberfläche sehr gewöhnlich einen besonderen Charakter darbietet, indem sie durch ganz dichtgestellte, feine punktförmige Grübchen, vollkommen wie die Eindrücke in einem Fingerhute, aber etwas kleiner, hervorgerufen wird. Ist man erst hierauf aufmerksam geworden, sind diese Grübchen in der Regel leicht nachzuweisen, und sie können zum noch deutlicheren Hervortreten als weiſse Pünktchen durch leichte Pinselung mit 10%iger Lösung von Chlorzink oder von Höllenstein gebracht werden. Ich habe deswegen in den letzten Jahren die Bezeichnung Erosio punctata gebraucht, wenn die Erosion dieses Aussehen darbot.

Oft findet man nur eine einzelne gröſsere oder kleinere, rundliche oder mehr unregelmäſsige erodierte Fläche im und um das Orificium, in anderen

[1] Vortrag, gehalten im I. Kongreſs in Kopenhagen des Nordischen dermatologischen Vereins am 19. Mai d. J. Hier in etwas veränderter Form und mit einem Auszug der Krankengeschichten wiedergegeben.

Fällen sieht man zugleich oder ausschliefslich mehrere kleinere bis ganz kleine Flecke, ebenfalls mit punktförmigen Vertiefungen der Oberfläche. Bisweilen können diese letzteren, anstatt dicht nebeneinander in einem gesamten Erosionsfleck gestellt zu sein, ein wenig voneinander geschieden sein, so dafs der erodierte Fleck tatsächlich aus einer Gruppe selbständiger punktförmiger Erosionen besteht. Endlich kann man solche rote, punktförmige, scharf abgesetzte Vertiefungen ganz isoliert finden, zerstreut in gröfserer oder kleinerer Zahl auf der normalen Schleimhaut des Collum ohne oder seltener mit einer kleinen roten Halo, bisweilen kann man sie auch auf einer leicht erythematösen Strecke des Collum zerstreut sehen. Es finden sich somit alle Übergänge von der einzelstehenden punktförmigen Erosion zur diffusen Erosion mit punktater Oberfläche.

Eine genaue Beobachtung dieser Verhältnisse belehrte mich darüber, dafs die isolierte punktförmige Erosion nicht die erste Phase dieser Entwicklung ist, indem es mir öfters gelang, mehr oder weniger zerstreute, in der Regel nur vereinzelte, klare, ganz oberflächliche, epitheliale Vesikeln von ganz derselben punktförmigen Gröfse wie die erwähnten Grübchen und oft mit diesen zusammen, aber ohne Hyperämie und auf der normalen Schleimhaut des Collum sitzend, nachzuweisen. Die zarte Epitheldecke barst in der Regel äufserst leicht bei Berührung und hinterliefs einen punktförmigen, etwas matten, gräulichen Fleck. Durch Druck mittels des röhrenförmigen Spekulums am Collum habe ich einzelne Male ein wenig klarer Flüssigkeit an der Oberfläche dieser Punkte hervortreten gesehen.

Hält man diese Wahrnehmungen zusammen, mufs man natürlich den Schlufs ziehen, dafs der Entwicklungsmodus der Erosion am Collum, insoweit es sich um diese punktate Form handelt, klinisch in der Weise vor sich geht, dafs sich zuerst eine klare, punktuelle, ganz oberflächliche und ephemere Vesikel ohne Hyperämie (das primäre Element) bildet, woraus eine punktuelle hyperämische Vertiefung hervorgeht, welche niemals Neigung zu peripherem Wachstum zeigt (die isolierte punktförmige Erosion). Durch dichte Zusammenstellung oder richtiger durch Verschmelzung zahlreicher solcher erodierter Punkte bildet sich dann die gröfsere oder kleinere rote, diffuse Erosionsfläche, welche dadurch ganz natürlich in ihrer reinen und typischen Form ein punktates Aussehen erhält. Während ihrer Involution kann dieser Charakter verwischt werden, aber in einigen Fällen tritt er gerade stärker hervor, indem die Erosionsfläche sich während der Involution wieder in isolierte erodierte Punkte auflösen kann. Übrigens verschwinden isolierte punktförmige Erosionen auch oft ziemlich schnell, ohne sich vorher zu einer Erosionsfläche gesammelt zu haben. — Der Name Erosio punctata postvesiculosa

wird zugleich die klinische Entwicklung und den klinischen Charakter dieser Affektion bezeichnen.

Aus einer kleinen Statistik, 70 Fälle von Erosionen am Collum umfassend, über welche ich genauere Aufzeichnungen, das erwähnte Verhalten betreffend, gemacht habe, geht hervor, dafs die Erosion einen punktaten Charakter in stärker oder schwächer ausgesprochenem Grade in 61 Fällen zeigte. Von den 70 Fällen kamen 57 bei Kranken vor, die zur Zeit Gonorrhoe hatten (49) oder früher gehabt hatten (8), und 13 bei Kranken, welche angaben, nie mit Gonorrhoe infiziert gewesen zu sein. Bei den erstgenannten (57) hatte die Erosion 51 mal einen punktaten Charakter, bei den letztgenannten (13) zehnmal.

Die punktate Erosion habe ich sowohl bei frischer als bei chronischer Gonorrhoe beobachtet und sowohl bei Kranken, welche niemals gravid gewesen waren, als bei Weibern, welche ein- oder mehrmals geboren hatten. Bei kleinen Mädchen mit Vulvovaginitis gonorrhoica, welche ich immer direkt in der Vagina durch ein verlängertes SIMONS' Urethralspekulum behandle, habe ich niemals mit Sicherheit einen Cervikalkatarrh und niemals eine typische Erosion des Collum nachweisen können. Ein einzelnes Mal habe ich bei einem neunjährigen Mädchen eine ganz oberflächliche, fein chagrinierte Epithelerosion ohne scharfe Begrenzung und ohne besonders markierte Rötung gesehen. Es ist, wie erwähnt, nur bei einer verhältnismäfsig sehr geringen Zahl von Gonorrhoepatienten mit Erosion am Collum, dafs ich den erwähnten Charakter, welcher einige Aufmerksamkeit erfordert, um nicht übersehen zu werden, nicht wiederfinden konnte. Was diese Fälle betrifft, mufs erinnert werden, dafs das punktate Aussehen nicht zu allen Zeiten gleich ausgesprochen ist; so wird es bei einigen Kranken allmählich während des Heilungsprozesses verwischt, ebenso wie auch Irritation während der Behandlung usw. und eventuell andere Ursachen (z. B. Gravidität) das natürliche Aussehen modifizieren können. Jedenfalls ist das Vorkommen des punktaten Charakters der Collumerosion bei Gonorrhoepatienten so häufig, dafs es als Regel angesehen werden mufs.

Sowohl in ätiologischer als in diagnostischer Beziehung ist es selbstverständlich von grofser Bedeutung zu erläutern, ob eine typische punktate Erosion nur bei Gonorrhoe vorkommt, oder ob sie auch bei Kranken gefunden werden kann, die an dieser Krankheit nicht leiden oder früher nicht gelitten haben. Nach dem Material, das zu meiner Disposition gestanden hat, und welches ausschliefslich aus einer venerologischen Hospitals- oder Privatpraxis gesammelt ist, wo fast niemals die Möglichkeit einer Infektion mit Gonorrhoe ausgeschlossen werden kann, läfst sich diese Frage kaum mit Sicherheit beantworten. Man mufs ja hier in Betracht nehmen, dafs diese Krankheit so latent auftreten kann, dafs selbst eine

gröfsere Reihe mikroskopischer Untersuchungen auf Gonokokken mit negativem Resultat nicht ganz absolut eine Gonorrhoe ausschliefsen kann. Mehrere Male habe ich auch wahrgenommen, dafs die Erosion persistiert hat, nachdem alle andere klinische Symptome von Gonorrhoe verschwunden waren und nach zahlreichen negativen Untersuchungen auf Gonokokken, auch bei Kranken, welche nach langer Zeit wieder ins Hospital wegen anderer Krankheiten einkamen, und bei welchen fortwährend keine anderen Zeichen von Gonorrhoe nachgewiesen werden konnten. Ohne Kenntnis der Antecedentia der Kranken müfste man in solchen Fällen die Erosion als ohne Relation zur Gonorrhoe annehmen.

Indessen habe ich mehrmals bei Kranken, welche bestimmt frühere Gonorrhoe leugneten, und bei welchen man übrigens durch wiederholte klinische und mikroskopische Untersuchungen keine Zeichen dieser Krankheit nachweisen konnte, eine typische punktate Erosion gesehen. Obgleich es in ein paar solchen Fällen doch zuletzt gelang Gonokokken aufzufinden, bin ich aus meiner, zumal rein venerologischer, klinischer Erfahrung dann nicht berechtigt, den Schlufs zu ziehen, dafs die punktate Erosion ausschliefslich in Relation zur Gonorrhoe steht, wenn auch das sehr häufige Vorkommen bei dieser Krankheit immer einen starken Verdacht davon erwecken mufs, dafs die Kranke an Gonorrhoe leidet.

Obgleich die punktate Erosion des Collum unzweifelhaft durch die gonorrhoische Infektion hervorgerufen sein kann, ist doch ihre vorher erwähnte klinische Entwicklung und das ganze klinische Bild ganz von demjenigen verschieden, welches die Gonokokken gewöhnlich auf anderen Schleimhäuten hervorrufen. Es ist dann natürlich die Ursache dieses besonderen Verhaltens in den eigentümlichen pathologisch-anatomischen Veränderungen zu suchen, welche schon in 1877 von Ruge und Veit[2] bei der Collumerosion nachgewiesen worden sind. Nach diesen Verfassern handelt es sich in der Hauptsache um Veränderungen und Proliferationen des Epithels durch eine selbständige Entwicklung der untersten Schicht des Rete. Sie fanden die ganze Oberfläche der anscheinenden Erosion von einem Cylinderepithel, anstatt von dem normalen mehrschichtigen Plattenepithel gedeckt, und obgleich die Portio normalerweise ohne Drüsen ist, fanden sich gleichzeitig sehr zahlreiche Drüseneinsenkungen, ebenfalls mit Cylinderepithel bekleidet. Diese Drüsen streckten sich mehr oder weniger tief in das unterliegende Gewebe hinab, wo sie sich verzweigten, und es konnten auch follikuläre Bildungen aufserhalb der Erosion an Stellen vorkommen, wo die Portio von ihrem normalen Epithel gedeckt war, wodurch unterhalb demselben Hohlräume und Kanäle gebildet wurden. Die Ent-

[2] **Anatomische Bedeutung der Erosion am Scheidenteil.** *Centralbl. f. Gynäkol.* 1877, I., S. 17, und: **Zur Pathologie der Vaginalportion.** *Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol.* 1878, II., S. 415.

wicklung der einzelnen Formen von Erosionen ist nach diesen Verfassern nicht generell verschieden; die follikuläre Form entsteht durch Abschnürung und cystische Erweiterung des Endes der Drüsengänge, und die papilläre Form durch sekundäres Höhenwachstum des zwischen denselben gelegenen Gewebes. Nach RUGE und VEIT sollen diese pathologischen Veränderungen, deren Bildung mutmafslich damit in Verbindung steht, dafs das Collum auf einer früheren Entwicklungsstufe mit Cylinderepithel bekleidet war, selbst durch leichte Irritationen wie geringe Ernährungsstörungen hervorgerufen werden können.

Diese Neubildung zahlreicher Drüsen, welche von späteren Verfassern bestätigt gefunden ist, scheint eine natürliche und einfache Erklärung meiner klinischen Erfahrungen in bezug auf Entwicklung und Charakter der Erosion zu geben. Jede einzelne punktate Vertiefung der Erosion wird natürlich einem kleinen Infundibulum einer Drüseneinsenkung entsprechen, und die klaren, kleinen primären Vesikeln können durch eine minimale Sekretion der von RUGE und VEIT unterhalb des normalen Plattenepithels gefundenen Drüsen zu entstehen angenommen werden, deren Bildung eben ein Abstofsen des Plattenepithels zur Folge hat. Die Ursache selbst der Bildung und der drüsenartigen Proliferation der Cylinderzellen ist dann in der Irritation zu suchen, welche entweder von den durch den Cervikalkatarrh hervorgerufenen Ernährungsstörungen im und um das Orificium oder mehr direkt von den Gonokokken selbst oder deren Toxinen ausgeht.

Indessen gilt diese Nachweisung von Drüsenbildungen den Collumerosionen überhaupt ohne besondere Rücksicht auf die für dieselben zugrunde liegende Krankheit und ist im ganzen als Ausdruck eines besonderen Reaktionsmodus dieser Schleimhaut verschiedenartigen pathogenen Einwirkungen gegenüber aufgefafst worden. Wenn man von der Richtigkeit dieses und von der von mir hier aufgestellten Deutung des punktaten Charakters der Erosion ausgehen kann, ist dieser letztere selbstverständlich nicht etwas der gonorrhoischen Erosion Eigenes, sondern mufs sich wahrscheinlich auch bei Erosionen anderer Entstehung finden können, was sich nach meinen klinischen Erfahrungen auch nicht ausschliefsen liefs.

In einer Abhandlung von VÖRNER,[3] welche speziell die gonorrhoische Erosion des Collum behandelt, fand dieser Verfasser in zwei vermeintlich frischeren Fällen derselben, dafs die Bildung der Erosionsdrüsen nur in ihrem ersten Anfange stand, während die Entzündung, welche durch die in den Gewebsschnitten selbst nachgewiesenen Gonokokken hervorgerufen wurde, in voller Entwicklung war. Hiernach sollte es scheinen, als wenn

[3] Zur Ätiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* 1903. Bd. XVII. S. 1044.

die punktate Oberfläche der Erosion als vermeintlicher Ausdruck der Infundibula dieser Drüsen einem späteren Stadium der Entwicklung derselben entsprechen müfste. Die klaren, kleinen Vesikeln und die aus denselben hervorgegangenen entsprechenden punktförmigen Erosionen, welche sich klinisch als die frühesten Entwicklungsstadien ausnehmen, und welche auch klinisch dem pathologisch-anatomischen Funde von RUGE und VEIT entsprechen würden, werden von VÖRNER nicht erwähnt, ebensowenig wie eine punktate Oberfläche der Erosion. Eine vollkommene Deutung dieser klinischen Verhältnisse kann dann erst durch eine direkte pathologisch-anatomische Untersuchung dieser Elemente gegeben werden.

Obgleich man ab und zu in früheren Zeiten verschiedene, aus der Hautpathologie geliehene Benennungen für Blasenbildungen, wie Ekzem, Herpes, Impetigo, Pemphigus, zur Bezeichnung der Erosionen am Collum benutzt hat, scheint eine punktförmige Vesikelbildung mit Entwicklung einer Erosion mit punktförmigen Vertiefungen, wie ich es beobachtet habe, bisher nicht beschrieben worden zu sein. Bei den erwähnten Blasenbildungen scheint es sich teils um Herpes, teils um die follikuläre Form der Erosion, Ovula Nabothi usw. gehandelt zu haben. NEUMANN[4] erwähnt eine Kolpitis vesiculosa, von EPPINGER[5] beschrieben, welche nicht hierher geführt werden kann; übrigens erinnere ich niemals eine ähnliche Affektion der Schleimhaut der Vagina getroffen zu haben. Aufserdem erwähnt NEUMANN (a. a. O., S. 510) eine herpetiforme Erosion, aus blasenartigen Effloreszenzen hervorgegangen, welche vielleicht den im Vorhergehenden erwähnten Verhältnissen entsprechen könnten (punktförmige Erosionen werden doch nicht erwähnt); diese Erosion referiert sich doch aber augenscheinlich (vgl. a. a. O., S. 512) zu gewissen Veränderungen der Vaginalportion, von RUGE und VEIT (a. a. O., Zur Pathologie der Vaginalportion, S. 444) beschrieben, wo es sich um ganz andere Bildungen handelt. Dagegen findet man in OPPENHEIMS Atlas[6] eine Tafel (XIX) aus HEITZMANN: Spiegelbilder der Vaginalportion wiedergegeben, auf welcher die Fig. 48, betitelt „Erosio papillaris", sicherlich hierher gehören mufs. Aufser einer diffusen papillären Erosion um das Orificium uteri herum, sieht man zerstreut über die ganze vordere Lippe zahlreiche rote Punkte, welche nach der Beschreibung (S. 37) der Portio ein Aussehen gaben, als wenn sie mittels einer feinen Nadel übergeprickelt war, und die als allererstes Stadium der papillären Luxuriation angegeben werden. Die Kranke war eine gravide Bipara, von welcher ausdrücklich angegeben wird, dafs

---

[4] *Lehrbuch der venerischen Krankheiten.* Wien 1888. I, S. 501.

[5] Beitrag zur pathologischen Anatomie der menschlichen Vagina. *Zeitschr. f. Heilkunde.* 1882. III., S. 153.

[6] *Atlas der vener. Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina.* Leipzig und Wien, 1908.

sie nicht das geringste Zeichen venerischer Krankheit darbot. Es wird nicht erwähnt, ob diese Punkte deprimiert waren, übrigens entsprechen sie aber nach dem ganzen Aussehen vollständig den roten, zerstreuten, punktförmigen Erosionen, welche ich beobachtet habe, aufserdem finden sie sich hier in ungewöhnlich grofser Zahl. Auch der vor dem Orificium gelegenen Teil der diffusen Erosion sieht man im Bilde dicht mit roten Punkten übersät, ziemlich genau dem Aussehen einer diffusen punktaten Erosion entsprechend, welche hier doch nicht die einfache, sondern die papilläre Form ist. Dagegen sieht man keine Vesikeln, und solche werden auch nicht erwähnt.

Zur ferneren Beleuchtung der hier mitgeteilten Verhältnisse dienen die nachstehenden Auszüge einiger charakteristischer Krankengeschichten aus meiner Krankenhausabteilung und einer einzelnen aus meiner Privatpraxis.

1. Ida A., 25 Jahre alt, behandelt in der Abteilung C, 4. November bis 29. Dezember 1908 an Gon. chron.: Urethrit. (+ Gk.), Cat. can. cervic. (+ Gk.), Erosio punctata orif. et colli uteri, Arthroit. cubiti s. — gravid im sechsten Monat. — 5. November: Diffuse Erosion von etwa Markstückgröfse im und um das Orific. ut., besonders auf der hinteren Lippe. Auf der vorderen Lippe aufserhalb der Erosion mehrere zerstreute rote punktförmige Depressionen und klare punktförmige Vesikeln, welche leicht bersten. Geringer purulenter Ausflufs aus dem Canal. cervic. — 12. November: Auf der vorderen Uteruslippe auf normaler Schleimhaut zerstreute, punktuelle, schwach rote Depressionen. Im Orificium und auf der hinteren Lippe eine unregelmäfsige diffuse Erosion. — 10. Dezember: Die Erosion fast verschwunden.

2. Emmy J., 18 Jahre alt, behandelt in der Abteilung C, 19. Juni bis 4. Dezember 1908 an Gon. chron.: Urethrit. (+ Gk.), Cat. can. cervic. (+ Gk.), Erosio punctata colli uteri m. m.; aufserdem Syphilis. Niemals gravid. — Bei der Aufnahme geringe Erosion des Collum, welche am 30. Juli fast geheilt war. — 13. August: Im und um das Orif. ut. eine ungefähr zehnpfennigstückgrofse, unregelmäfsige, diffuse Erosion mit punktater Oberfläche, ziemlich scharf begrenzt, nicht blutend. Klarer Schleim aus dem Can. cervic. — 3. September: Punktförmige, rote, zum Teil konfluierende Depressionen im und gerade um das Orif. ut. — 15. Oktober: Keine diffuse Erosion, nur wenige zerstreute punktförmige, schwach rote Depressionen um das Orificium. — 22. Oktober: Die Erosion verschwunden. Klarer Schleim aus dem Can. cervic. — 26. November: Zerstreute punktförmige Depressionen ohne Rötung in einer ungefähr zehnpfenniggrofsen Zone gerade aufserhalb des Orificium. Klarer Schleim aus dem Can. cervic. — 3. Dezember: Wenige, zerstreute, punktförmige,

unbedeutend rote Depressionen auf der vorderen Uteruslippe ohne Hyperämie im Umfange (÷ Gk. aus dem Can. cervic. seit 26. August).

3. Hilda N., 19 Jahre alt, behandelt in der Abteilung C, 2. April bis 10. Juli 1909 an Rezidiv von Syphilis, Gon. chron. und Erosio punctata orif. et colli uteri. Niemals gravid. — Patientin leugnete frühere Gonorrhoe. Trotz wiederholter Untersuchungen auf Gonokokken aus dem fortwährend klaren oder nur leicht gräulichen Cervikalschleim (und aus der Urethra) wurden erst am 29. April (und ein einzelnes Mal später) Gonokokken nachgewiesen, ausschliefslich aus dem Can. cervic., und die Kranke bot fortwährend kein anderes Zeichen von Gonorrhoe dar als die Erosion (nichts bei der Explor. recto-vagin.). — 3. April: Im und um das Orif. ut. eine kaum zweipfennigstückgrofse, diffuse, feingrübige (punctate) Erosion von etwas unregelmäfsiger Form, ziemlich scharf begrenzt, teilweise leicht blutend. — 10. Juni: Die Erosion zum Teil vom Rande rechterseits aus geheilt, woselbst die Schleimhaut doch noch leicht hyperämisch ist. Der punktate Charakter etwas verwischt, tritt aber durch Lapispinselung (1—10) deutlicher hervor als weifse Pünktchen, an den meisten Stellen ganz dichtgestellt, an anderen Stellen etwas mehr zerstreut und voneinander geschieden. — 8. Juli: Die Erosion bedeutend kleiner. — 14. Januar bis 5. März 1910 wieder aufgenommen ins Hospital zur präventiven Kur wegen Syphilis. Zugleich Gon. chron.: Urethrit. l. gr., Cat. can. cerv. l. gr., Erosio punctata colli uteri, Salpingitis d. Mehrere Untersuchungen auf Gonokokken gaben fortwährend negatives Resultat. — 15. Januar: Leichte Rötung in ungefähr zweipfennigstückgrofser Ausstreckung im und um das Orif. uteri. Auf dieser Strecke finden sich zahlreiche punktförmige Erosionen, ziemlich stark rot, nicht blutend und ganz leicht deprimiert, wie die Grübchen in einem Fingerhute. Sie sitzen teils ganz dicht zusammengestellt in ungefähr hanfkorngrofsen bis erbsengrofsen unregelmäfsigen Gruppen oder Flecken, teils voneinander geschieden wie zerstreute, isolierte Pünktchen. Heller gräulicher Schleim aus dem Can. cerv. — 10. Februar: Die Erosionen fast unverändert. Durch Druck mittels des röhrenförmigen Spekulums am Collum tritt eine geringe Menge klarer seröser Flüssigkeit aus den einzelnen Pünktchen heraus. — 5. März: Die Erosionen in Heilung, indem die Zahl der Pünktchen geringer ist, die Gruppen kleiner und die punktate Oberfläche mehr abgeglättet. Aufserdem ist die Hyperämie der Erosionen selbst heller und die umgebende Schleimhaut normal.

4. Dagny H., 21 Jahre alt, behandelt in der Abteilung C, 7. Oktober 1909 bis 13. Januar 1910 an Syphilis und Gonorrhoe (chron.?): Urethrit. (+ Gk.), Cat. can. cervic. (+ Gk.), Erosio punctata colli uteri, Sequ. Salpingectomiae s. — Eine Entbindung vor drei Jahren.

— 9. Oktober: Rötung in ungefähr einmarkstückgroſser Ausstreckung im und um das Orif. ut. mit zerstreuten punktförmigen Erosionen. — 16. Oktober: Purulenter Ausfluſs aus dem Can. cerv. — 18. November: Im und um das Orificium zerstreute rote Flecke mit punktater, erodierter Oberfläche, isolierte rote Punkte und matte Punkte von der Farbe der Schleimhaut. Klarer Schleim aus dem Can. cerv. — 30. Dezember: Wesentlich auf der vorderen Lippe am und um das Orificium unregelmäſsige, zum Teil konfluierende Gruppen ganz schwach roter, fast geheilter punktater Erosionen, welche sich nach Pinselung mit Chlorzink (1—10) als weiſse Pünktchen scharf herausheben. — 13. Januar 1910: Die Erosion fast vollständig verschwunden. — Wieder aufgenommen 2. Februar bis 9. März 1910 zur Behandlung der Syphilis. Zugleich Erosio punctata colli uteri (÷ Gk.). — 17. Februar: Auf einer ungefähr markstückgroſsen, schwach hyperämischen Strecke im und um das Orif. ut., wesentlich auf der vorderen Lippe, recht zahlreiche, teils einzelstehende zerstreute, teils gruppenweise zusammengestellte, leicht vertiefte, punktförmige Erosionen, ein wenig röter als das umgebende Erythem. Heller gräulicher Schleim aus dem Can. cerv., keine Erosionen der Schleimhaut desselben. — 8. März: Geringe punktate Erosion.

5. Mariane P., 22 Jahre alt, behandelt in der Abteilung C, 17. November 1909 bis 6. Januar 1910 an Gon. Nr. II acuta: Urethrit., Cat. can. cerv. (+ Gk.), Erosio punctata colli ut., Salpingitis ac. s. — Einmal gravid vor vier Jahren. — 18. Novbr.: Fast zweipfennigstückgroſse punktate, blutende, diffuse Erosion im und um das Orificium, am meisten auf der hinteren Lippe. Die Begrenzung der Erosion unregelmäſsig, indem sie sich in der Peripherie gleichsam in mehr zerstreuten, punktförmigen Erosionen auflöst; zugleich einzelne punktförmige klare Vesikeln, welche leicht bersten. Eitergestreifter Schleim aus dem Can. cerv. — 30. Dezember: Die Erosion in Heilung vom Rande her, die Oberfläche weniger hyperämisch und mehr glatt, findet sich jetzt nur im Orificium und ein wenig auf die hintere Lippe hinab; auf der vorderen Lippe einige wenige zerstreute, schwach ausgesprochene Punkte ohne Hyperämie. Gräulichgestreifter Schleim aus dem Can. cerv.

6. Olga L., 19 Jahre alt, behandelt in der Abteilung C, 12. September 1909 bis 31. März 1910 an Gon. ac.: Urethrit. (+ Gk.), Cat. can. cerv. (+ Gk.), Erosio punctata colli ut., Salpingitis dupl. — Niemals gravid. — 18. November: (Nach Betthüten wegen der Salpingit.) Mehr als zehnpfennigstückgroſse, diffuse, hyperämische Erosion im und um das Orif. ut. mit unregelmäſsiger Begrenzung und dichtgestellten punktförmigen Depressionen der Oberfläche. In der Peripherie isolierte, rote punktförmige Erosionen und weiter nach auſsen ähnliche, schwach ausgesprochene Erosionen von der normalen Farbe der Schleimhaut. Mucopurulenter Ausfluſs aus dem

Can. cerv. — 6. Jan. 1910: Ungefähr zweipfennigstückgroſse, ziemlich dunkelrötliche, nicht blutende, diffuse Erosion im und um das Orif. ut., die Oberfläche kleingrübig punktiert; scharfe, etwas gezackte Begrenzung ohne aberrierende Punkte oder Vesikeln. Eitergemischter Ausfluſs aus dem Can. cerv. — 13. Januar: Am Rande der diffusen Erosion sieht man heute isolierte, rote, punktförmige Erosionen und einzelne klare, punktförmige Vesikeln, die bei Berührung bersten. — 3. März: Bohnengroſse, diffuse, punktate Erosion auf der hinteren Lippe und im Orificium, von hier ab auf die vordere Lippe hinauf mehrere kleinere, senkrecht gestellte, streifenförmige Gruppen punktförmiger, stark roter Depressionen ohne hyperämischer Halo auf normaler Schleimhaut. Weiſsliche Pünktchen durch Chlorzink (1—10). Klarer Schleim aus dem Can. cerv. — 24. März: Einige wenige zerstreute, schwach rote, punktförmige Erosionen auf der vorderen Lippe, kleine diffuse Erosion auf der hinteren.

7. Jenny J., 20 Jahre alt, behandelt in der Abteilung C, 6. Mai bis 21. Juni 1910 an Syphilis und Erosio punctata colli ut. — Niemals gravid. — Patientin leugnete frühere Gonorrhoe, von welcher während des Hospitalaufenthaltes kein Zeichen gefunden wurde. — 7. Mai: Klarer Schleim aus dem Can. cerv., keine Erosion. — 9. Mai: Auf einer bohnengroſsen Strecke unmittelbar um das Orif. ut. herum mehrere klare, feine minimale Vesikeln und feine punktförmige voneinander geschiedene Erosionen. Klarer Schleim aus dem Can. cerv. (÷ Gk.). — 10. Mai: Heute nur ganz schwach ausgesprochene, etwas hyperämische Punkte im und gerade um das Orif. ut. — 14. Mai: Auf der vorderen Lippe, sich in das Orif. ut. hinein erstreckend, eine kleine rote, diffuse Erosion mit ganz fein punktater Oberfläche, sichtbar nach Pinselung mit Chlorzink. — 26. Mai: Die Erosion fast vollständig verschwunden. Klarer Schleim aus dem Can. cerv.

8. Frau F., private Pat. Während mehrerer Jahre chronische Gonorrhoe mit häufigen Exacerbationen, zum Teil durch neue Ansteckung von der Seite des Mannes, welcher sich wiederholt extramatrimoniell Gonorrhoe zuzog. Die Patientin litt fortwährend an Cervikalkatarrh, aus welchem öfters Gonokokken nachgewiesen wurden, auſserdem Salpingit. m. m. und Erosio punctata colli ut. Bei dieser war, wie der nachstehende Journalauszug zeigt, die Bildung von Vesikeln und von zerstreut gestellten, punktförmigen Erosionen, am öftesten von kurzer Dauer, in ganz ungewöhnlichem Grade hervortretend im Gegensatz zu der sonst gewöhnlichen, mehr stabilen, diffusen punktaten Erosion. — 10. Juni 1908: Eitergestreifter Ausfluſs aus dem Can. cerv. (+ Gk.). Konfluierende punktate Erosion im Orif. ut. selbst, zerstreute punktförmige Erosionen und klare Vesikeln am Collum. — 16. Juni: Dicht zerstreute, zum Teil konfluierende, punktförmige klare Vesikeln am

ganzen Collum. — 31. August: (Nach Betthüten wegen Salpingit.) Recht zahlreiche, zerstreute, nicht konfluierende, punktförmige, klare Vesikeln, die meisten ohne rote Halo, einzelne geborsten, eine punktförmige rote Grube wie auf einem Fingerhute hinterlassend. Eitergestreifter Ausfluſs aus dem Can. cerv. — 14. September: Zahlreiche kleine Vesikeln auf nicht injiziertem Grunde über das ganze Collum zerstreut. — 1. Oktober: Zerstreute rote punktförmige Erosionen, mehrere mit einer kleinen roten Halo, einige so dicht gestellt, daſs die rote Halo der einzelnen zusammenflieſst. Einzelne klare Vesikeln. — Im Januar 1909 neue Exacerbation durch Ansteckung von seiten des Mannes. — 15. Januar 1909: Zahlreiche punktate, klare Vesikeln ohne Injektion, dichtgestellt, aber nur teilweise konfluierend, über fast das ganze Collum verbreitet und in das Orificium hinein sich erstreckend, zugleich mehrere hyperämische punktförmige Depressionen. Mucopus aus dem Can. cerv. — 8. März: Teils frischere rote, teils mehr gebleichte punktförmige Erosionen im und um das Orific., auf der unteren Lippe diffus konfluierend, auf der oberen in unregelmäſsigen kleinen Gruppen konfluierend, keine Vesikeln. Nach Lapispinselung weiſse Pünktchen, ganz dichtgestellt in der diffusen Fläche. Mucopus aus dem Can. cerv. — 15. März: Unbedeutende Erosion, klarer Schleim aus dem Can. cerv. — Bis Ende Juni 1909, während welcher Zeit Patientin sich einige Male monatlich zur Behandlung einstellte, bot die Erosion fortwährend dasselbe, häufig wechselnde Bild dar mit Ausbruch und Rückgang zahlreicher, klarer Vesikeln und zerstreuter roter, punktförmiger, erodierter Depressionen, ab und zu mehr oder weniger konfluierend. Mehrere Male fiel eine Exacerbation der Erosion mit einem stärkeren und mehr purulenten Ausfluſs aus dem Cervikalkanal und eine Remission mit Absonderung eines klaren oder fast klaren Schleimes zusammen.

Über die Verwendung meiner Instrumente in der chronischen Gonorrhoetherapie.

Von

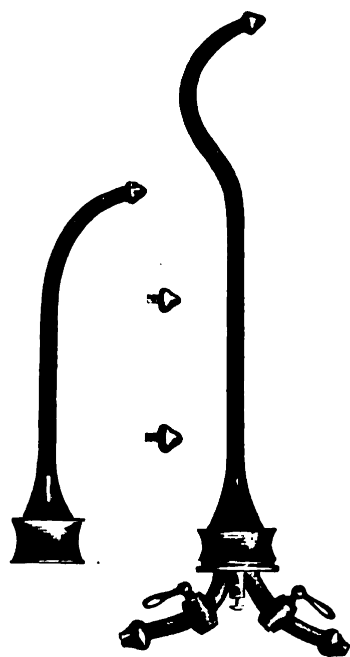
Dr. Aoki-Tokio.

Mit einer Textabbildung.

Es ist nicht sehr schwer, die akute Form des Trippers vollkommen zu heilen. Leider aber geht der Tripper in manchen Fällen in die subakute, oder sogar in die schwer heilbare chronische Form über, da uns Ärzten die Behandlung durch die Kranken selbst, die sich ihrer Krankheit schämen, schwer gemacht wird.

Falls er jedoch nur circumskripte, oberflächliche, muköse und subepitheliale Herde hat, so können wir ihn noch immer durch möglichst auf die Herde selbst angewandte Applikation konzentrierter Adstringmittel und Caustica verhältnismäfsig rasch zur Heilung bringen.

Dringt er aber in die tieferen, submukösen Schichten, das Corpus cavernosum oder in die Prostata ein, und bildet er stärker zirrhosierende Schwielen, so wird er nur sehr schwer heilen, und selbst nach erfolgter Heilung noch rückfällig werden, selbst wenn wir mittels des Winklerschen (1) oder anderer (2) Spül- und Saugapparate die Eröffnung der Drüsenaufführungen und die Entfernung des eiterigen Inhalts aus Drüsen und Krypten sowie die Hyperamisierung der Schleimhaut zu erzielen imstande sind.



Ich bin der Ansicht, dafs derartige Mifserfolge hervorgerufen werden durch die in tiefer gelegenen Schichten und Drüsen zurückgebliebenen, nicht getöteten Gonokokken und durch die ungenügende Resorption der Herde.

Wir können den Arzneistoff auf dem Wege der Elektrolyse in den Körper einführen. Anleitung hierzu geben uns die Untersuchung Leducs (3), der nach Einführung des elektrischen Stromes imstande war, einige der eingeführten Stoffe im Urin nachzuweisen; dann die Experimente Tuffiers und Mantés, durch welche bei Kaninchen nach elektrolytischer Einführung einer 1%igen Silbernitratlösung unter dem Mikroskop ein Silberniederschlag in Zellen des Stratum mucosum und in deren Zwischenräumen, ferner in den Drüsen und in der oberen Schicht der Cutis gefunden wurde. Wir wissen ferner, dafs wir bei Benutzung von elektrischen Strömen viel mehr Ionenmengen in die Gewebe des Körpers einzuführen imstande sind als ohne elektrischen Strom.

Wenn wir auch imstande sind, durch Einspritzung von Albargin oder Protargol in die Urethra die dort befindlichen Gonokokken zu töten oder wenigstens in ihrer Entwicklungsfähigkeit zu schädigen, so müfste doch das Resultat noch ein bedeutend besseres sein, wenn wir auf elektrolytischem Wege die Arznei nicht nur in die muköse, sondern auch in die tiefere submuköse Schicht einführen und so die trotz der Aspiration, der Ausspülung und der Injektion mit obiger Arznei noch nicht getöteten Gonokokken vernichten könnten. Da ferner elektrische Ströme direkt einwirken auf die Lebenstätigkeit der Zellen, so steigern sie die Sekretausscheidung und bewirken hierauf die Resorption der Herde.

Deshalb ist es sehr angezeigt, bei chronischem Tripper mit elektrischen Strömen die obengenannte Methode zu verbinden. Ich liefs nun, obiger Theorie entsprechend, den vorstehend abgebildeten Apparat herstellen, mit dem ich auch mein Ziel erreichte.

Dieser Apparat besteht aus einem Saugapparat und zwei Kathetern, welche durch eine Scheidewand in zwei Räume geteilt werden.

Die vorderen olivenförmigen Metallansätze werden in verschiedenen Stärken (Nr. 16, 20, 22, 24 Béniquesche Bougies) geliefert und dienen dazu, die Harnröhre auszudehnen und zu verhindern, dafs die einzutreibende Flüssigkeit weiter nach hinten dringt. Man mufs für die Urethra anterior den kurzen, für die Urethra posterior den langen Katheter anwenden. Letzterer wird mit Béniquekrümmung versehen und leicht in die Harnröhre eingeführt.

Vor der Einführung des Instruments wird die Harnröhre mit warmer 2%iger Borsäurelösung ausgespült, und bisweilen, wenn der Patient zu empfindlich ist, durch Einspritzung einer 5%igen Novocainlösung in die Harnröhre unempfindlich gemacht.

Der Katheter wird bei geschlossenen Hähnen zur Hälfte mit einer 5%igen Glycerinlösung, die 1% Silbernitrat enthält, eingeführt, und dann erst öffnet man den an dem nach den Beinen gerichteten Zweig befindlichen Hahn und beginnt mittels des Saugapparats zu saugen; dabei mufs natürlich der andere seitliche Hahn geschlossen bleiben. Nach der Saugung wird auch der Hahn an dem nach dem Leib gerichteten Zweig geöffnet und das durch die Öffnungen in den Katheter eingedrungene Sekret aus diesem Zweig mit warmer 2%iger Borsäurelösung ausgespült und 1%ige Protargol- oder 0,5%ige Albarginlösung in den Katheter mittels der Spritze in genügender Quantität injiziert, um die Harnröhre immer vollständig gespannt zu halten.

Hierauf schliefse man die beiden Hähne, verbinde den positiven Pol mit dem in die Harnröhre eingeführten Instrument und lege die negative Elektrode 8—10 Minuten auf den Bauch, lasse dann den 8—10 Milliampere starken Strom wirken und führe ihn hierauf wieder auf Null zurück. Nach Schlufs der elektrolytischen Sitzung mufs man mit warmer 2%iger Borsäurelösung ausspülen. Hierdurch bewirkt man die Entfernung sekundärer, elektrolytischer Produkte, wie z. B. der Salpetersäure.

Nach der ersten Sitzung wird sich vermehrter Ausflufs bemerkbar machen.

Man darf daher anfangs nur eine Sitzung wöchentlich verordnen und erst nach und nach auf zwei Sitzungen wöchentlich übergehen.

In den Pausen zwischen diesen Sitzungen ist einmal oder zweimal täglich, wenn es möglich ist, das Adstringmittel in die Urethra anterior und posterior einzuführen.

Nach zehn Sitzungen etwa wird der Ausflufs verschwinden und die objektiven und subjektiven Symptome des chronischen Trippers werden sich ganz verlieren.

Literatur.

1. Winkler, Über die Verwendung der Aspiration in der Gonorrhoetherapie. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1908. Bd. 47, S. 556.
2. Strebel, Zur Aspirationsbehandlung der chronischen Gonorrhoe. *Dermat. Zeitschr.* 1906. Bd. XIII, S. 409. — Mayer, Zur Aspirationstherapie gonorrhoischer Urethritiden. *Dermat. Zeitschr.* 1906. Bd. XIII, S. 566. — Jacoby, Die Gonorrhoetherapie bei Stauungsbehandlung. *Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 26.
3. Leduc, Les ions et les médications ioniques. Masson & Cie., Paris. 1907.

Aus Dr. Dreuws Poliklinik für Haut- und Harnleiden, Berlin.

Urticaria factitia + Keloid.

Von

Dr. Dreuw-Berlin.

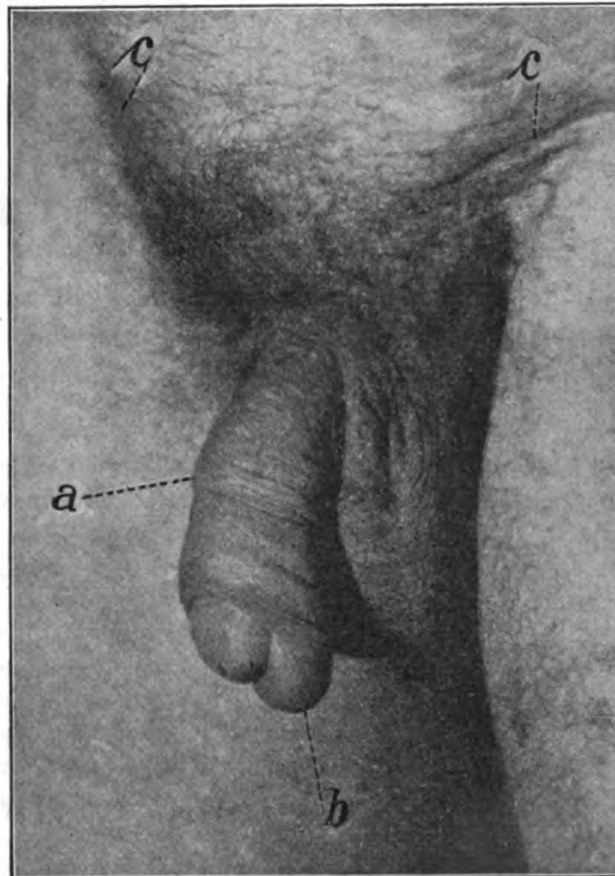
Mit einer Abbildung im Text.

Der im folgenden beschriebene Fall (s. Fig.) weist nach zwei Richtungen hin Eigentümlichkeiten auf. Es handelt sich um einen jungen Akademiker, im Alter von 25 Jahren, der zu mir in Behandlung kam wegen eines Ödems des Präputiums. Das Ödem soll seit einem Jahre bestehen und ist trotz der verschiedensten lokalen Behandlungsmethoden nicht geschwunden. Da der Patient angibt, seit 1900 etwa sieben Gonorrhoen durchgemacht zu haben, ferner ein Ulcus molle (1908) mit doppelseitiger Inguinaldrüsenvereiterung, so dafs die Drüsen beiderseits exstirpiert werden mufsten (*c* in Fig.) und einmal Syphilis (1902) durchgemacht hat, so war ich zunächst geneigt, das Ödema praeputii perstans auf obige Erkrankungen zurückzuführen. Dementsprechend leitete ich auch zunächst eine lediglich lokale Behandlung ein, bestehend in feuchten Umschlägen und einem Druckverband auf das geschwollene Präputium, das im übrigen sich derb anfühlte und halbkugelig und sackförmig nach unten zu vorgetrieben war (*b* in Fig.). Das Ödem verringerte sich unter dieser Behandlung kaum.

Bei einer näheren Untersuchung konnte ich bei dem Patienten eine typische Urticaria factitia konstatieren, ferner am Hals unterhalb des

rechten Angulus mandibulae ein leicht erhabenes etwa bohnengroſses Keloid. Auf Befragen wurde mir die Mitteilung, daſs der Patient bei jedem Coitus eine starke akute ödematöse Anschwellung des Präputiums und des Penisschaftes bekam, die meist nach 1—2 Tagen verschwand. Da der Patient angab, den Coitus etwa alle acht Tage ausgeführt zu haben und da das Jucken am Körper seit etwa einem Jahre bemerkt wurde, so wird er also praeter propter etwa 50 mal im letzten Jahre ein akutes Ödem des Präputiums durchgemacht haben. Dies dürfte genügen, um das Entstehen eines Oedema praeputii perstans zu erklären.

Zufällig hatte ich Gelegenheit, ein derartiges Ödem kurz nach dem Coitus zu beobachten (in der Regel war das akute Ödem bereits am nächsten Tage wieder verschwunden). Von dem Zustande wurde nebenstehende Aufnahme gemacht, die die Schwellung des Penisschaftes und des Präputiums deutlich demonstriert.



Der Status praesens ist kurz folgender: Kräftig genährter, junger Mann von etwas bleicher Gesichtsfarbe. Lunge und Herz ohne Besonderheiten. Urin enthält kein Eiweiſs, geringe Mengen Indikan, keinen Zucker. In der ersten und der zweiten Harnprobe sind reichlich Filamente vorhanden, die mikroskopisch hauptsächlich aus Schleim, Leukocyten und vereinzelten Epithelien bestehen. Leichte Obstipation, abwechselnd mit zeitweiser Diarrhoe, Magendrücken, Magenkollern und Sodbrennen.

Die Neigung zur Keloidbildung trat bei dem Patienten auch insofern deutlich zutage, als überall dort, wo in der Glutealgegend eine Hydrargyruminjektion gemacht wurde, eine leichte, stecknadelkopfgroſse keloidartige Erhebung sich bildete, die etwa drei bis vier Wochen lang bestand, um dann allmählich zu verschwinden. Die Erscheinungen am Präputium und am Penisschaft zeigt deutlich Abildung (*a*, *b*). Das Präputium ist in

deutlich fühlbarer Weise verdickt, zwischen den beiden Blättern liegen verdickte und vergröfserte Stränge, die zweifellos aus gewuchertem Bindegewebe bestehen. Am Schaft sieht man und fühlt man die teigigen urticariellen Quaddeln (*a* in Fig.).

Bei dem geschilderten Befund erhebt sich die Frage, ob nicht zwischen dem angioneurotischen Ödem und der Keloidbildung ein Zusammenhang besteht. Zweifellos mufs, wenn sich auf ein leichtes Trauma hin eine intensive Bindegewebswucherung einstellt, ein gar nicht im Verhältnis zu der Geringfügigkeit des Traumas stehender Reiz die Bindegewebswucherung beeinflussen. Es ist vielleicht möglich, dafs bei der Keloidbildung ein länger dauernder Reiz einwirkt (während bei der Urticaria factitia ein einmaliger Reiz genügt), indem die während der Sekretion und Resorption entstehenden Fermente bei einem zur Keloidbildung neigenden Menschen die Alteration des Bindegewebes hervorzurufen imstande sind.

Unna sagt über Keloid in seiner Histopathologie: „Das wesentliche des Prozesses liegt nicht in dem Ausgangspunkte der Geschwulst und den begleitenden Umständen, sondern in der Tatsache, dafs sich an die verschiedensten banalen Traumata zum Teil nur vorübergehender und höchst unbedeutender Art bei gewissen Individuen die Entwicklung einer charakteristischen fibrösen Geschwulst anschliefst, welche örtlich weit über den Bereich des Traumas hinaus ähnlich den malignen Neubildungen in das Gesunde eingreift und zeitlich den veranlassenden Reiz unverhältnismäfsig lange überdauert. Deshalb ist für die Keloidbildung ebenso gut eine individuelle, histologische Prädisposition des Cutisgewebes anzunehmen, wie etwa für die Urticaria factitia eine individuelle histologische Prädisposition der Hautgefäfse."

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 7.

1. **Über die Behandlung der Syphilis mit Ehrlichs Diamidoarsenobenzol (Präparat 606),** von Wechselmann-Berlin. Mit Beiträgen von Rich. Sieskind und Carl Lange. W. hat 54 Syphilisfälle mit dem neuen Ehrlichschen Präparat 606 behandelt und gleich anderen Autoren festgestellt, dafs das Mittel in den empfohlenen Dosen eine wesentliche Toxicität nicht besitzt und keine üblen Nebenwirkungen hervorruft. In seiner Heilwirkung ist es dem Quecksilber weit überlegen: es heilen nicht nur Primäraffekte und die verschiedenen sekundärsyphilitischen Manifestationen nach einer einzigen Injektion ab, auch bei maligner Syphilis, bei tertiären, visceralen Formen, wird durch eine Injektion Heilung erzielt, und in Fällen schwerster Art, bei denen alle anderen therapeutischen Mafsnahmen erfolglos geblieben waren, erschien

W. die Wirkung des Präparates geradezu wunderbar. Fast bei allen Patienten wurde das Allgemeinbefinden durch die Injektion sehr günstig beeinflußt; es dürfte sich deshalb die Anwendung des Mittels besonders bei tuberkulösen Syphilitikern empfehlen. Rezidive hat W. nach Behandlung mit 606 bisher nicht gesehen; allerdings betrug die längste Beobachtungszeit nur etwa drei Monate. Die bisher gebrauchten Dosen sind nach Ansicht W.s nicht für alle Fälle ausreichend; dafür spricht namentlich die Tatsache, daſs das Mittel bei malignen Formen noch stärker wirkt als bei papulösen Syphiliden. Es handelt sich eben um ein ausgesprochen spirillentötendes Mittel, und die Spirillen sind bei den malignen Formen weitaus spärlicher als bei den anderen. Wahrscheinlich hängt der volle Erfolg, die Sterilisatio magna, von der Dosis ab; W. hat sie deshalb auf 0,5 bei Männern und 0,45 bei Frauen erhöht, toxisch wirken auch diese Mengen nicht. Nach Ehrlich war die Dosis zu klein, wenn am Tage nach der Injektion noch Spirochäten nachzuweisen sind, und man wird dann eine zweite Injektion folgen lassen; das hat auch W. einmal mit gutem Erfolg getan. In einzelnen Fällen hat W. an die Behandlung mit 606 Quecksilberkuren angeschlossen, um restierende Spirochäten zu töten. Wahrscheinlich sind auch in den Fällen, die eine Jarisch-Herxheimersche Reaktion zeigen, die Dosen zu klein gewesen, um alle Spirochäten zum Absterben zu bringen; die Reaktion wäre dann als Ausdruck einer durch zu kleine Dosen hervorgerufenen biologischen Erregung der Spirochäten aufzufassen. — Von fünf Fällen von Pemphigus syphiliticus neonatorum wurden zwei durch 606 zur Heilung gebracht, die drei anderen Kinder starben einige Tage nach der Injektion, nachdem die Krankheitserscheinungen auf der Haut rapid verschwunden waren. Möglicherweise wird durch die rasche Auflösung groſser Spirochätenmengen bei Anwendung von 606 eine solche Masse von Endotoxinen frei, daſs dadurch eine intensive Schädigung eintritt, der der schwache kindliche Organismus nicht gewachsen ist; man wird daran bei der Dosierung denken müssen und vorderhand wenigstens nur Kinder, welche die Mutterbrust bekommen, mit 606 behandeln.

Sieskind hat bei 13 mit dem neuen Mittel behandelten Syphilisfällen systematische Spirochätenuntersuchungen im Dunkelfeld vorgenommen und beobachtet, daſs die Spirochäten spätestens am sechsten bis siebenten Tage nach der Injektion verschwinden; in einem Falle konnten schon am Tage nach der Einspritzung keine Spirochäten mehr gefunden werden. Der Spirochätenbefund entsprach dem klinischen Rückgang der syphilitischen Erscheinungen: in den Fällen, in denen die Spirochäten rasch verschwanden, war eine innerhalb 24 Stunden eintretende Involution der Sklerosen und Papeln festzustellen. Auffallend waren die vitalen Veränderungen, welche die Spirochäten in vielen Fällen nach der Injektion zeigten; die schraubende und pendelnde Bewegung der Spirochäten war bedeutend verringert, oft sah man nur noch leichtes Oszillieren, das allmählich ganz aufhörte. Auch die Form verändert sich; die Spirochäten werden plump und quellen auf, die Windungen bleiben jedoch erhalten. Nach all dem scheint es, daſs das neue Ehrlichsche Arsenpräparat eine spezifische Wirkung auf die Spirochäten ausübt.

Lange hat die Wassermannsche Reaktion bei Syphilisfällen, die mit Ehrlichs 606 behandelt worden sind, geprüft und konstatiert, daſs fast alle Fälle, bei denen die Beobachtungszeit lange genug war, nach vier Wochen negativ reagierten. Der Zeitpunkt des Eintretens der negativen Reaktion ist anscheinend abhängig von der Reaktionsstärke vor der Behandlung; die Reaktionsstärke fällt in einer gleichmäſsigen Kurve ohne gröſsere unregelmäſsige Schwankungen ab.

2. Die Therapie der kongenitalen Syphilis mit Einschluſs serologischer Untersuchungsergebnisse, von A. Stroscher-Berlin. Str. hat 52 kongenital-syphilitische Kinder mit Sublimatinjektionen nach Imerwol (einigen wenigen Einspritzungen

großer Dosen Sublimat in konzentrierter Lösung) behandelt und gleichzeitig systematische serologische Untersuchungen vorgenommen; die Ergebnisse seiner Beobachtungen faſst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Sublimatspritzkur nach Imerwol ist eine gut brauchbare und empfehlenswerte Methode der Quecksilberbehandlung bei Lues congenita.

2. Ihr Vorzug besteht in der Einverleibung wirksamer, genau abgemessener Quecksilberdosen; es genügen fünf bis sechs, in Zwischenräumen von je einer Woche vorzunehmende Injektionen, die erste zu 1 mg, die übrigen zu 2 mg Sublimat (= $^{1}/_{20}$, bzw. $^{1}/_{10}$ ccm einer 2 %igen Lösung), um in der Mehrzahl der Fälle völliges Schwinden der Krankheitserscheinungen herbeizuführen.

3. Mit dieser Behandlung wurde in 61 % der Fälle Abheilung aller Krankheitssymptome erzielt, trotzdem es sich meist um besonders elende und schwer erkrankte kleine Patienten handelte; in der ambulatorischen Praxis und poliklinischen Behandlung dürften die Resultate noch besser sein.

4. Die Wassermannsche Seroreaktion ist für die Diagnose der Lues congenita von hoher Bedeutung, namentlich für die Fälle, in denen klinisch sich keine Zeichen von Syphilis finden, aber mit der Möglichkeit einer Lues wegen Syphilis der Eltern gerechnet werden muſs; bei positiver Reaktion ist eine Kur einzuleiten.

5. Die Wassermannsche Seroreaktion war in 91 % der unbehandelten Fälle von Lues congenita positiv.

6. Die Mütter kongenital-syphilitischer Kinder reagierten in 100 % positiv, auch die scheinbar gesunden; letztere sind daher nicht als gesund und immun (Collessches Gesetz), sondern in der Regel als latent syphilitisch und infolgedessen scheinbar immun anzusehen.

7. Hierdurch ist der Lehre von der „paternen Vererbung", die schon vorher erschüttert war, fast gänzlich der Boden entzogen worden.

8. Unter 21 Fällen kongenitaler Lues, die vor oder während der Kur stark positiv reagierten, wurde nach Abschluſs der Behandlung die Reaktion in acht Fällen = 38 % negativ.

9. Neben der Wassermannschen Reaktion ist auch die Untersuchung suspekter Haut- und Schleimhauteffloreszenzen und des Blutes auf Spirochaetae pallidae für die Diagnose der kongenitalen Syphilis von Bedeutung.

3. **Die verschiedenen Modifikationen der Wassermannschen Reaktion und ihre Bewertung**, von Fritz Lesser - Berlin. Den Untersuchungen L.s zufolge können die Modifikationen der Wassermannschen Reaktion nach Stern, Bauer und Hecht die ursprüngliche Versuchsanordnung nicht ersetzen; in ganz besonderen Fällen mögen sie als ergänzende Untersuchungsmethoden mit herangezogen werden. An Stelle der syphilitischen Fötalleber können auch bestimmte Normalorgane als Extrakte Verwendung finden; im besonderen ist das wässrige Herzextrakt (nach Ätherauszug) den syphilitischen Organextrakten vollkommen äquivalent. *Götz-München.*

The British Journal of Dermatology.

Juni 1910.

Zwei Fälle von Molluscum contagiosum, von E. Graham Little. Der eine der Fälle betraf eine 54jährige Frau, bei welcher zahlreiche typische Molluscumgeschwülste (etwa 60) unregelmäſsig über den ganzen Rumpf (Vorder- und Rückseite), aber an sonst keiner Körperstelle verbreitet waren; die Gröſse der Geschwülste wechselte von Stecknadelkopf bis zu einer kleinen Bohne oder Erbse, sie verursachten nur wenig subjektive Beschwerden. Auch im zweiten Falle handelte es sich um eine weibliche

(40 Jahre alte) Patientin, bei welcher etwa 50 Molluscumeffloreszenzen in den verschiedenen Stadien der Affektion festgestellt wurden und ebenfalls nur der Rumpf betroffen war. In beiden Fällen war die Behandlung die gleiche: die hauptsächlichen Tumoren wurden inzidiert, ihr Inhalt unter aseptischen Kautelen ausgedrückt, die Höhle mit reiner Karbolsäure ausgetupft und dann ein Kollodiumverband gemacht. Im ersten Falle war nach Verlauf von drei Monaten noch kein Rezidiv eingetreten, der zweite ist noch zu kurz in Beobachtung. L. bespricht dann noch die Häufigkeit des Molluscum contagiosum im Vergleich zu anderen Hautkrankheiten und findet im allgemeinen dieselbe eine ziemlich konstante nach den statistischen Zusammenstellungen verschiedener dermatologischer Arbeiten (ein bis zwei pro Mille).

Die Funktionen der Haut, von M. S. Pembrey. II. Vorlesung. (Fortsetzung.)

Juli 1910.

Ein Fall von chronischem Ekzem, von tödlicher Gangrän gefolgt, von G. H. Lancashire. Der Fall betraf eine 54jährige Frau, welche ein ausgedehntes, besonders heftig am Unterleib und der Schamgegend auftretendes und trotz Behandlung immer wieder rezidivierendes Ekzema seit etwa 15 Monaten hatte; Patientin machte sonst einen sehr gesunden Eindruck, bis Fieber sich einstellte und eine umfangreiche gangränöse Umwandlung des Ekzems am Kreuzbein, Bauch und Hüften den Tod herbeiführte. Die mikroskopische Untersuchung der ulcerösen Stellen sowie der inneren Organe (post mortem) zeigte eine Doppelinfektion mit Staphylococcus pyogenes aureus und Bacillus pyocyaneus, welch letzterer in besonders grofsen Mengen in der Haut, aber auch in der Milz, Leber und Nieren gefunden wurde. Der Tod war offenbar auf eine durch die Doppelinfektion bewirkte Septikämie zurückzuführen. Anamnestisch spielte vielleicht ein eitriger Ohrenausflufs, an welchem Patientin bei Eintritt ins Spital litt, der aber bakteriologisch nicht untersucht wurde, möglicherweise die Rolle der ursprünglichen Infektionsquelle.

Die Behandlung der Syphilis mit unlöslichen Quecksilberinjektionen, von A. D. Jameson. J. erklärt in erster Linie, dafs nun auch beim englischen Sanitätsdienste die Behandlung der Syphilis mit der Injektionsmethode bei weitem die häufigste ist, was bei einem jährlichen Zugang von 5—6000 Syphiliskranken unter den englischen Truppen von grofser Bedeutung sei, und dafs er seit 2½ Jahren als Chef der Spezialabteilung für Geschlechtskranke beim Aldershotkommando über 15000 Injektionen ohne irgendwelche ernstliche Folgen vorgenommen hat. Das von den Armee-Sanitätsautoritäten aufgestellte Behandlungsschema ist folgendes: Eine Tour von neun wöchentlichen Injektionen (fünf Wochen Ruhepause mit Nachschau), dann sechs Injektionen alle 14 Tage, drei Monate Pause, sechs Injektionen alle 14 Tage, fünf Monate Pause und schliefslich sechs Injektionen alle vier Wochen und nach einem Jahre ärztliche Kontrolle. Der Urin sollte jede Woche während der ersten Tour oder besser vor jeder Injektion auf Eiweifs untersucht und wenn solches vorhanden, eine andere Behandlungsart, wie z. B. Schmierkur, eingeleitet werden. J. macht die Injektionen mit einer Platin-Iridiumnadel und bedient sich folgender Lösung:

Hydrarg. metall.		10,0
Creosot et Acid. camphor.	āā	10,0
Palmatin	ad	100,0

wie sie speziell von Burroughs & Welcome hergestellt wird; eine andere Mischung, die in gewissen Fällen angewandt wird, wird mit Kalomel bereitet und ist ebenfalls schmerzlos. J. verfügt im ganzen über 500 Fälle, welche genügend lange (bis zu vier Jahren) unter ärztlicher Aufsicht waren, um die andauernde Wirksamkeit dieser Injektionsmethode beurteilen zu können. Die Behandlung wurde in jedem Falle in den

ersten vier Monaten nach Auftreten des Primäraffektes begonnen, und nur Fälle mit Sekundärerscheinungen sind hierbei eingeschlossen. Aufzählung einer Reihe in ihren Symptomen bemerkenswerter Fälle.

Die Funktionen der Haut, von S. Pembrey. III. Vortrag. (Fortsetzung.)

Stern-München.

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Juni 1910.

Ein weiterer Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes bei der Epidermolysis bullosa, von M. F. Engmann und W. H. Mook-St. Louis. Im Gegensatz zu all den anderen Autoren, welche die Histologie der Epidermolysis bullosa studiert haben, konnten Verfasser bereits in einer früheren und wiederholt in vorliegender Arbeit feststellen und zwar auf Grund von vier Fällen, die das Material zum mikroskopischen Studium lieferten, dafs das elastische Gewebe bei diesem Hautleiden entweder ganz fehlte oder nur in spärlichem Mafse in den papillären und subpapillären Hautschichten vorhanden war. Es kann sich hierbei um einen angeborenen (hereditären) oder erst später erworbenen Defekt in dieser Gewebsverteilung handeln. Zum Vergleiche haben E. und M. das elastische Gewebe bei Impetigo, Pemphigus, Lichen planus bullosa, Dermatitis herpetiformis und normaler Haut untersucht und nirgends die Art der Verteilung und Quantität gefunden, wie bei Epidermolysis bullosa, so dafs die Annahme gerechtfertigt sei, die abnorme Beschaffenheit des elastischen Gewebes sei hierbei ätiologisch von grofser Bedeutung.

Meralgia paraesthetica, von Samuel Sherwell - Brooklyn. Sh. leidet selbst seit etwa zehn Jahren an dieser Affektion, indem nach länger dauernden angestrengten Körperübungen, wie Fufsmärschen, Reiten und Radfahren, in der vom Nervus femoralis cutaneus externus versorgten Gegend abnorme Sensationen, wie Jucken, Gefühl von Spannung oder sogar akute oberflächliche ziehende oder dumpfe Schmerzen auftraten; diese Schmerzen reichen vom Austrittspunkt des Nerven bis zu einem Punkt gerade oberhalb der Patella. Der übrige Teil der Unterextremität scheint völlig normal zu sein. Diese Symptome verschwinden bald bei Ruhe (Sitzen oder noch besser Liegen), können aber leicht wieder provoziert werden bei Wiederaufnahme der Körperbewegung. Die Gefühle sind ähnliche wie bei Herpes zoster, und Sh. glaubt, sie seien durch denselben Mechanismus, nämlich Druck auf den Nerven in seiner Kontinuität, verursacht (bei der Meralgia paraesthetica eine vorübergehende, beim Zoster eine länger anhaltende lokale Ausschwitzung von Flüssigkeit). Als prädisponierende Ursache möchte Sh. Neigung zu Rheumatismus anführen, therapeutisch Ruhe und leichte Massage empfehlen, die wohl rasche, aber nur temporäre Erleichterung, keine Heilung bringen.

Bemerkungen über Syphilis, von Joseph Grindon-St. Louis.

Der wirkliche Bläschenausschlag bei hereditärer Syphilis. G. führt zwei Fälle dieses seltenen hereditär-syphilitischen Ausschlags an, wovon der eine ein zwei Wochen altes Kind mit maligner Syphilis betraf und der Ausschlag besonders dicht am Bauch, Hüften, Oberschenkel und Armen safs, der andere ein rechtzeitig zur Welt gekommenes, wohlgenährtes Kind betraf und die symmetrisch gruppierten miliaren Bläschen besonders über Gesicht, behaarte Kopfhaut, Nacken, Schultern safsen; das Kind wurde mit Quecksilber (-Pulver) innerlich behandelt und befindet sich nun, neun Monate später, vollständig gesund.

Syphilis acquisita tarda. Ein Fall, der nicht behandelt worden ist und bei welchem die ersten Hauterscheinungen 20 Jahre nach Auftreten des Schankers sich

einstellten; spezifische Behandlung war gefolgt von raschem Verschwinden der Erscheinungen, Zunahme an Körpergewicht und ausgesprochener Besserung in des Patienten Allgemeinbefinden.

Lungensyphilis an einer ungewöhnlichen Stelle. Der früher gesunde, kräftige, 26jährige Mann, hat im Jahre 1906 einen Schanker und Sekundärerscheinungen gehabt und die regelmäfsige Behandlung durchgemacht. Im Jahre 1908 erkrankte er unter schweren Erscheinungen einer Lungenaffektion (Fieber, Nachtschweifse, Haemoptyse), welche die physikalischen Zeichen einer Caverne in der linken Infraclaviculargrube ergab und von einem erfahrenen Arzt als vorgeschrittene Lungentuberkulose erklärt wurde. Es erfolgte aber allmähliche Spontanheilung, obwohl Patient den Rat, sofort den Aufenthaltsort zu wechseln, nicht befolgte. Es dürfte sich nach G.s Ansicht hier um ein Gumma der Lunge gehandelt haben, das die gewöhnlich bei Tuberkulose vorkommende Lokalisation hatte, während nach der allgemeinen Annahme die Lungensyphilis gewöhnlich die unteren Lungenteile befällt.

Stern-München.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIX. Juni 1910.

I. **Ein Fall von gutartigem Sarkoid oder richtiger benignem Miliarlupoid Boeck, ausschliefslich auf dem Hand- und Fingerrücken, in Form eines kreisförmigen Ausschlags,** von Bogolepow. Die Schlufsfolgerungen des Verfassers sind folgende: Der beobachtete Fall glich in klinischer Hinsicht am meisten den Fällen von Brocq, Dubreuilh und Galloway, unterschied sich aber von diesen wie den sonstigen Beobachtungen durch die vorwiegende Lokalisation auf den beiden Handrücken. Histologisch wurde er gekennzeichnet durch das Vorkommen von Riesenzellen und Veränderungen des elastischen Gewebes. Das histologische Bild entsprach somit dem Bilde eines gutartigen Sarkoids oder besser dem eines benignen Boeckschen Miliarlupoids. Letztere Bezeichnung ist nach B. entschieden als die glücklichere anzusehen.

II. **Über den erfolgreichen Einflufs des Kohlensäureschnees auf einige Formen von Hauterkrankungen,** von Grintschar. (Siehe *diese Zeitschr.* Bd. 50, S. 495.)

III. **Zur Kasuistik der frühzeitigen syphilitischen Hirnerkrankungen,** von Kudisch. Bei einem 41jährigen Mann, welcher sich am 8. April 1909 mit einem Ulcus durum vorgestellt hatte, trat im August ein Lichen syphiliticus und im November furchtbarer Kopfschmerz, Harthörigkeit und Ohrensausen auf. Erst unter einer energischen Schmierkur und NaI schwanden die Erscheinungen, welche Verfasser auf eine schwere Hyperämie des Gehirns und der Gehirnhäute zurückgeführt.

IV. **Zur Frage des Jodgebrauchs von stillenden Luetikerinnen,** von Manassein. Entgegen der Annahme Grünfelds hat Verfasser bei Kindern, deren Mütter wegen luetischer Erscheinungen beim Stillen Jodkalium gebrauchen mufsten, Gewichtszunahme beobachtet, so dafs er die Ordination von Jodkalium bei solchen Müttern nicht für kontraindiziert hält.

V. **Ein Fall von vielfachen blennorrhoischen Geschwüren bei einem Mann,** von Meschtscherski. (Siehe *diese Zeitschr.* Bd. 50, S. 254.)

VI. **Ein kurzer Abrifs über die der elektrischen Behandlung der Hautkrankheiten zugrunde liegenden Prinzipien,** von Stepanow. Eine literarische Betrachtung.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Leitfaden der Vaccinationslehre, von Karl Süpfle - Freiburg. (Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1910.) „Es soll ein Lehrbuch der Vaccinationslehre sein, das dem Studierenden die Schutzpockenimpfung in ihrer geschichtlichen Entwicklung und in ihrer Beziehung zu der modernen Immunitätslehre vorführt. Es soll aber auch ein Buch sein, das den Arzt und Praktiker mit dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erforschung der Vaccination, die gerade in den letzten Jahren wichtige Fortschritte aufzuweisen hat, bekannt macht." Diese Aufgabe, die S. sich gestellt, hat er restlos gelöst: die wissenschaftlichen Fragen, die bei der Vaccinationslehre in Betracht kommen, sind in vollendeter Weise dargestellt, aber auch die Aufgaben der Praxis bei der Vaccination sind ausgezeichnet geschildert. Unter den Lehrbüchern der Vaccinationslehre gebührt dem Leitfaden S.s zweifellos ein Platz in der vordersten Reihe; das Buch wird hoffentlich die verdiente Verbreitung finden. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Erythematöser Ausschlag als Nachwirkung von Lachgasnarkose, von T. W. S. Hills-London. (*Brit. med. Journ.* 10. April 1909.) Ein etwas neurasthenischer, sonst aber gesunder junger Mann liefs sich behufs Extraktion von sechs Zähnen mit Lachgas betäuben. Etwa vier Stunden nachher trat ein roter Fleck an der Wange hervor, der am ehesten mit einem Naevus flammeus zu vergleichen war. Einige Stunden später hatte sich die Rötung fast über das ganze Gesicht verbreitet, verging aber spontan nach wenigen Stunden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein seltener Fall von Nikotinausschlag, von P. Näcke-Hubertusburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 50.) Ein 24jähriger Tischler, der wegen Manie sich in der Irrenanstalt befand, trank eine Portion Kaffee, in welche ein anderer Kranker etwa 7—10 g Kautabak hineingetan hatte. Es erfolgten sehr bald darauf Erbrechen, Pulsbeschleunigung und mäfsig ausgeprägte Störungen an den Pupillen. Gleichzeitig trat am ganzen Körper, namentlich am Rumpfe ein juckender, etwas erhabener Ausschlag von entschieden scharlachartigem Aussehen hervor. Auch das Gesicht wurde ergriffen. Nach fünf Tagen war die Haut wieder in normalem Zustand, und auch die sonstigen Erscheinungen der Nikotinwirkung waren wieder vergangen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythema scarlatiniforme, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 31.) Beschreibung eines Falles von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans, einer akuten, nicht kontagiösen Hautaffektion, die mit Fieber und starken Allgemeinerscheinungen verläuft und durch wiederholtes Auftreten eines dem Scharlachexanthem sehr ähnlichen, manchmal über die ganze Hautoberfläche verbreiteten, manchmal circumskripten Erythems charakterisiert ist. Häufig kommen daneben Albuminurie, Leber- und Milzschwellung, Gelenkschmerzen und selbst eitrige Gelenkentzündungen,

Stomatitis und Glossitis zur Beobachtung; die teils kleien-, teils lappenförmige Abschuppung beginnt gewöhnlich schon, wenn das Erythema seine gröfste Ausdehnung erreicht hat, also wesentlich früher als beim Scharlach. Die Dauer der einzelnen Anfälle schwankt zwischen zwei und drei Wochen, der Zwischenraum zwischen den Rezidiven beträgt etwa einen Monat, oft werden die Anfälle immer kürzer und leichter. Die Prognose ist absolut günstig. Die Affektion stellt in vielen Fällen ein Arzneiexanthem dar, in anderen Fällen wird sie durch verdorbene Nahrungs- und Genufsmittel hervorgerufen, wieder in anderen Fällen ist die Ursache nicht festzustellen.

Götz-München.

Über eine Form von Erythema exsudativum, welches den starken Alkoholikern eigen zu sein scheint, von M. Bonnet. (*Lyon méd.* 4. Juli 1909, referiert in *Semaine méd.* 1909. Nr. 51.) Die Krankheit ist charakterisiert durch halbkugelige Papeln, welche stark vorspringen, hart und bis erbsengrofs sind. Wenn sie nicht spontan zurückgehen, verschmelzen sie untereinander und bekommen das Aussehen von breiten Kondylomen. Sie können sich exkoriieren und mit einer Kruste bedecken. Oft sitzen sie auf ödematösem Grunde, und zwar am Gesicht und den Handrücken, und immer symmetrisch. Sie sind von einem starken Gefühl des Brennens begleitet und heilen unter Abschuppung ab. Die Krankheit wurde nur bei Alkoholikern beobachtet. *Gunsett-Strafsburg.*

Pellagra in Virginia, von J. H. Hewitt-Lynnhaven. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 14.) Mitteilung einer Krankengeschichte. *Schourp-Danzig.*

Pellagra. Ihr Auftreten in den Cook-County-Institutions, von Lewis J. Pollock-Dunning. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 14.) Kasuistik.

Schourp-Danzig.

Über Pellagra und einige der damit verbundenen Probleme, von J. N. Hyde-Chicago. (*Americ. Journ. med. Scienc.* Jan. 1910.) Wie Verfasser zeigt, ist Pellagra in Amerika durchaus nicht eine absolute Seltenheit, wenn auch keineswegs ein so verbreitetes Leiden wie etwa in Italien. In bezug auf die Ätiologie ist weitere Aufklärung noch erwünscht. Vorläufig ist zu konstatieren, dafs die Einwirkung des Sonnenlichtes und eine allgemeine Widerstandslosigkeit des Organismus im ganzen eine wesentliche Rolle zu spielen scheinen. Jedenfalls kann das Leiden auch unabhängig von dem Genusse von verdorbenem Mais entstehen. Bemerkenswert ist die Entwicklung des Leidens bei Geisteskranken, indem einesteils Pellagra der Geistesstörung vorangeht, anderenteils derselben sich hinzugesellt und gelegentlich zur Annahme einer Nachlässigkeit des Wärterpersonals Anlafs gegeben hat. Verfasser schildert ziemlich ausführlich an der Hand von Abbildungen die cutanen Veränderungen sowie die sonstigen klinischen Erscheinungen (gastro-intestinale und neurologische). Als Mitglied einer vom Staate ernannten Kommission zur Untersuchung des Vorkommens und des Wesens der Pellagra berichtet er ferner über die bei dieser Gelegenheit konstatierten Blutbefunde, welche im wesentlichen eine Verminderung des Hämoglobingehaltes, Herabsetzung der Zahl der Erythrocyten auf durchschnittlich ca. 4 Millionen bei 15000 Leukocyten und sehr geringen Gehalt an Baso- und Eosinophilen ergaben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Ätiologie der Pellagra, von Howard D. King-New Orleans. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 11.) Literaturübersicht. *Schourp-Danzig.*

Die Frage der Pellagra-Ätiologie, von J. H. Taylor-Columbia. (*New York med. Journ.* 18. Dez. 1909.) T. findet in den Argumenten von Lombroso und dessen Schule keinen hinreichenden Beweis, dafs Mais der einzige Faktor bei der Entstehung von Pellagra sei, und andererseits ist noch nicht genügend erforscht worden, ob nicht ein Protozoon eine ätiologische Rolle spiele. Auf dem II. Pellagrakongrefs (Mailand,

September 1906) stellte Palidino fest, dafs in Mantua die Pellagra nicht abnimmt, obwohl ständig nur guter Mais verwendet wird, und Mangieri versicherte, in zwölf Jahren in Konstantinopel, wo viel Mais verwendet wird, nur zwei Fälle von Pellagra gesehen zu haben. Die Experimente an Tieren (Hunden) erklärt T. schon deshalb nicht für beweiskräftig, weil eines der Hauptsymptome die symmetrische Hautveränderung, bei der künstlich hervorgerufenen Pellagra vollständig fehlt. Es gibt sodann heutzutage ausgedehnte Landgegenden, wo Pellagra weit verbreitet ist, aber Korn weder wächst noch gegessen wird, z. B. in den spanischen Provinzen Voajoz, Oviedo und Madrid, wo nur selten Mais als Nahrung gebraucht wird. Ein weiterer, unaufgeklärter Faktor ist das häufige Vorkommen der Pellagra auf dem Lande und deren Seltenheit in den Städten, obwohl beiderorts Maisnahrung gebräuchlich sind und, wenn auch angenommen, es würden in die Städte bessere Qualitäten verschickt werden, dies doch durch die längere Lagerung und dadurch reichlich vorhandene Gelegenheit zu Verderbnis ausgeglichen werden würde. Auffallend ist nur die Ähnlichkeit der Pellagra in ihrem gesamten Symptomenbilde, Pathologie und Behandlungsart mit einigen Protozoenkrankheiten, als Syphilis und Trypanosomiasis (Schlafkrankheit); es sind dies alles langsam und progressiv verlaufende Toxämien, die Dauer der Pellagra von einigen Wochen bis zu 20 und mehr Jahren, während die der Schlafkrankheit drei Monate bis drei Jahre und die der Syphilis wenige Monate (in malignen Fällen) bis unendlich lange. Bei jeder dieser Affektionen haben wir Remissionen, die einige Wochen bis Monate und Jahre bei Syphilis, von einem Frühjahr zum anderen bei Pellagra usf. dauern. Bei jeder dieser drei Krankheiten ist eine charakteristische Hautaffektion, die wahrscheinlich auf einer lokalisierten Ablagerung des spezifischen Giftes beruht und bei Pellagra und Syphilis symmetrisch, bei der Schlafkrankheit weniger ausgesprochen angeordnet ist, vorhanden und allen dreien ist allmähliche Neigung zu allgemeiner Schwäche, die sich bei Pellagra und allgemeiner Paralyse speziell in den Unterextremitäten äufsert, progressive Anämie und Abmagerung eigen. Arsenik und deren Komponenten (Atoxyl, Arseniktrioxyd) haben sich schliefslich bei Syphilis und Schlafkrankheit als wertvolle, beinahe spezifische Mittel bewährt und auch bei Pellagra (Lombroso, Babes) zuweilen glänzende Resultate geliefert, so dafs also für T. die therapeutische Gemeinschaft der drei Krankheiten vorhanden ist. Wenn es auch bis jetzt noch nicht gelungen ist, im Blut oder Organen der Pellagrakranken protozoenartige Körper zu finden, so dürfte das nicht ausschliefsen, dafs dies bei weiterem Fortschreiten unserer bezüglichen Kenntnisse doch noch einmal gelingen wird.

Stern-München.

Einige Betrachtungen über die Pathogenese und die Bekämpfung der Pellagra, von Luigi Vincenzo Camurri. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 53, Heft 4.) Aus den bekannten Versuchen von Lombroso, Gosio, Ceni, Neusser, Ferrati, Babes u. a. sowie seinen eigenen kommt C. zu folgenden Schlüssen: Einige Hyphomyceten, vorwiegend Aspergillen und Penicillien, erzeugen Gifte, welche bei den Versuchstieren ein Krankheitsbild hervorrufen, das sehr dem gewöhnlichen Symptomenkomplex der Pellagrakranken nahekommt. Im Mais finden diese beiden Pilzarten einen sehr günstigen Nährboden, können sich aber auch in anderen Substraten entwickeln. Die aus den Mycelienzellen dieser Hyphomyceten herstammenden Enzyme sind höchstwahrscheinlich nichts anderes als die pellagrogenen Gifte; sie verändern den Mais und beeinträchtigen erheblich seine Nährkraft. Die Enzyme kann man nach Mafsgabe der Reaktionen, die sie bewirken, in drei Gruppen einteilen: Hydrolasen, Oxydasen, Reduktasen Die Gruppe der proteolytischen Enzyme (Hydrolasen) ist in qualitativer und quantitativer Hinsicht die wichtigste. Dieselben wandeln die Proteide und ihre Derivate in Peptone und Albumosen um und wirken unter günstigen Bedingungen,

wie im Falle des Mais, auf diese Umwandlungsprodukte weiter ein, sie in Tyrosin, Indol, Phenol usf. zersetzend. Die Enzyme der Aspergillen und Penicillien sind spezifisch, d. h. von denjenigen der übrigen Hyphomyceten unterscheidbar. Die Enzyme werden in einem normalen Organismus zersetzt; eine Schutzwirkung gegen sie wird besonders durch die Wand des Magendarmkanals entfaltet, und zwar durch Erzeugung von Antifermenten. Die Fermente, welche vom Darm resorbiert worden sind und die Leberbarre überschritten haben, treten im Organismus noch mit einer gewissen Anzahl Geweben in Berührung, mit welchen ihre Wirkung sich ändert oder erschöpft. Wenn aber das Blut und die Gewebe infolge einer fortgesetzten Maiskost oder einer anderen ungeeigneten Diät abgeschwächt sind, werden sie durch die Fermente angegriffen, es werden Gifte erzeugt und resorbiert und diese vergiften allmählich den ganzen Organismns. C. glaubt mit Degiovanni, dafs es eine gewisse Prädisposition für Pellagra gibt, und möchte hierfür besonders mangelhafte Entwicklung des Skeletts, der Muskulatur usw. namhaft machen. Die Mafsnahmen für die Bekämpfung der Pellagra müssen sich also sowohl mit dem Pellagrakandidaten, als auch mit dem Mais (hygienische Beaufsichtigung, Einrichtung von Öfen zum Austrocknen des Maises usw.) und dem Pellagrakranken (Anzeigepflicht, Pflegeanstalt für Pellagrakranke, ärztlich überwachte Speisehäuser usw.) beschäftigen. Speziell für italienische Verhältnisse schlägt P. für jede Provinz eine besondere Pellagrakommission, der sorgfältige Überwachung aller hygienischen Verhältnisse und Belehrung des Publikums obliegt, ferner eine Provinzialversicherungskasse für die Familien der Pellagrakranken in allen pellagrogenen Provinzen vor. Mit diesen Mitteln, hofft er sicher, wird die endgültige Beseitigung der Pellagra und die physiologische und ökonomische Erlösung der Landarbeiter gelingen. *Stern-München.*

Amöben im Stuhle von Pellagrakranken, von William Allan - Charlotte (Nordcarolina). (*New York med. Journ.* 18. Dez. 1909.) A. fand unter sieben Fällen von Pellagra bei fünf Amöben in den Fäces, ohne aber deren Natur näher feststellen zu können; im Anschlufs an diese Befunde kommt er zu dem Ergebnisse, dafs Pellagra oft mit Amöben kompliziert ist und viele Arten von Amöben in den Fäces von Pellagrakranken gefunden werden. Andererseits zeigen die Symptome von Pellagra und Amöbenkrankheit oft solche Ähnlichkeit, dafs es schwer ist, beide Krankheiten zu differenzieren. A. hält es daher für sehr wichtig, zuerst Amöbeninfektion auszuschliefsen, um, wenn Hauterscheinungen pathognomonischer Natur oder schwere Gehirnerscheinungen fehlen, zur Diagnose Pellagra zu gelangen und deren Behandlung, die immerhin nur eine rein symptomatische ist, vorzunehmen. *Stern-München.*

Der Schimmelpilz Diplodia als ein möglicher Faktor in der Ätiologie der Pellagra, von Howard S. Reed-Blacksburg Va. (*New York med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Die Untersuchungen, welche R. vornahm, waren rein theoretischer Natur und führten ihn zu folgenden Ergebnissen: Pilze, welche zur Art Diplodia gehören, wachsen sowohl parasitär wie saprophytisch auf Mais und kommen, wie nun feststeht, über einen grofsen Teil der Mais produzierenden Gegenden der Vereinigten Staaten vor, speziell in solchen, wo Pellagra oder pellagraähnliche Krankheiten aufgetreten sind. Diese Pilze scheinen mit ebensoviel Wahrscheinlichkeit bei der Ätiologie der Pellagra eine Rolle zu spielen wie jene, die seit Jahren mit schimmligem Mais in Zusammenhang gebracht werden. Der Mais, auf welchem Diplodia gewachsen ist, fand sich sowohl in seiner physikalischen wie chemischen Zusammensetzung verändert. Das mit Diplodia infizierte Mehl erwies sich als toxisch für Mäuse. Die Isolierung von in Alkohol löslichen Proteinsubstanzen aus Diplodiamehl weist Bestandteile auf, welche verschieden sind von den aus sterilem Mehl isolierten; erstere scheinen in jeder Beziehung dem von Lombroso isolierten und beschriebenen Pellagrozein zu gleichen. Bezüglich der

Einzelheiten des Sterilisations- und Extraktionsverfahrens R.s sowie der Reinkulturen der Diplodia mufs auf das Original verwiesen werden. *Stern-München.*

Einige Verschiedenheiten in den Hauterscheinungen der Pellagra, von Isadore Dyer-New Orleans. (*New York med. Journ.* 20. Nov. 1909.) Nach den Erfahrungen D.s an den Pellagrafällen, welche in den Südstaaten der Vereinigten Staaten in den letzten Jahren zur Beobachtung kamen, haben die Hauterscheinnngen der Pellagra nichts absolut Charakteristisches, sondern bilden direkte Reflexsymptome des Grades der Allgemeinerkrankung und stehen in Verbreitung und Intensität im direkten Verhältnis zu der Schwere derselben. So hatte einer der Fälle D.s grofse Ähnlichkeit mit Pityriasis rubra pilaris, während in ein paar anderen Fällen die für Pellagra als charakteristisch angegebene, symmetrische Anordnung an beiden Handrücken und Handgelenken, die kleinen Bläschen, die papillomatösen Erhabenheiten an den Stellen, wo letztere zur Eintrocknung gekommen waren, und schliefslich die Randinfiltration und Erhabenheit um die papillomatösen Herde keinen Zweifel an der Natur der Hauterkrankung aufkommen liefsen. Therapeutisch hat D. in jedem Falle von Pellagra gute Erfolge mit Chinin (hydrobromat.) in lange fortgesetzten hohen Dosen gehabt, wie bei allen Arten von toxischem Erythem. Dies spricht D. neben anderen Symptomen der Pellagra dafür, dafs es sich hierbei um eine durch eine toxische Substanz hervorgerufene Allgemeinerkrankung handle. Genaue Beschreibung von fünf Fällen.

Stern-München.

Augensymptome bei Pellagra, von Carroll B. Welton-Peovia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 20.) Unter 55 Pellagrapatienten fand der Verfasser in keinem Falle Augenerkrankungen, welche für Pellagra als pathognomonisch bezeichnet werden könnten. In einer Anzahl von Fällen bestand Conjunctivitis, Schwäche der Augenmuskeln, Retinitis und Chorioiditis. *Schourp-Danzig.*

Über Pellagrapsychosen in der Kolozsvárer psychiatrischen Klinik, von St. Zsakó-Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 39.) In allen Fällen von Pellagrapsychosen wurden Hautsymptome beobachtet. Die Hautveränderungen entstanden nicht auf der gesunden, sondern der kranken Haut, d. h. es wurden keine frischen Erytheme, Bullae usw., sondern schon atrophische Hautteile gefunden. Aus 27 Fällen war ersichtlich, dafs Alkoholismus bei fünf, Dementia senilis bei drei Individuen das Krankheitsbild kompliziert hat. Aus der Anamnese konnte nicht in Erfahrung gebracht werden, ob der Alkoholismus älteren Datums war oder ob er sich erst später zur Pellagra gesellt hat. Träge Reaktion der Pupillen wurde in sechs, Lichtstarre in fünf Fällen beobachtet. Kniereflexmangel wurde in zwei Fällen gefunden, in den übrigen Fällen waren gesteigerte Sehnenreflexe nachweisbar. Ataxieerscheinungen beim Gehen waren sehr häufig. In 50% der Fälle (bei 18 Patienten) wurden Sinnestäuschungen gefunden. In allen beobachteten Pellagrafällen konnte nur zweimal ausgeprägte Dementia nachgewiesen werden, in den übrigen Fällen war sie in kleinerem oder gröfserem Mafse vorhanden. Auffallend grofs war die Sterblichkeitsziffer, so auch die Zahl der Besseruugen, doch verschwindend klein war die Zahl der geheilten Fälle. Im allgemeinen war die Zahl der Depressionsfälle gröfser. Melancholie mit ihren typischen Symptomen kam nicht vor. In einem Falle wurde beobachtet, dafs sich der Patient den Kopf zerschlagen hatte, was auf suicidale Neigungen hinweist. Selbstanklagen kamen nicht vor, aber Verfolgungswahnsinn und Angstanfälle waren sehr häufig. Die Sinnestäuschungen waren beinahe ohne Ausnahme erregender, unangenehmer Natur; Gefühlsstörungen, Abnahme des Wärme-, Schmerz- und Tastgefühls, in einem Falle auch Anosmie, kamen auch vor. Unorientiertheit und Einsichtsstörungen liefsen sich häufig nachweisen. Stuporöse Zustände dominierten hauptsächlich in zwei Fällen in dem Krankenbilde. Schlaflosigkeit und Schläfrigkeit waren auch nachweisbar. Der

Muskeltonus war beinahe ohne Ausnahme gesteigert. Hautsymptome waren beinahe in allen Fällen vorhanden. Oft besserten sie sich ohne jede Behandlung, manchmal nach Behandlung mit Borvaselin. Was die Ätiologie betrifft, so konnte sie immer mit türkischem Mais (Kukurutz) in Zusammenhang gebracht werden. Die meisten Patienten waren über 40 Jahre alt. Ein endgültiges Urteil kann über den Typus der siebenbürgischen Pellagrapsychosen nicht ausgesprochen werden, aber des Verfassers Ansicht ist, dafs ihre Prognose ungünstig ist, mit häufigen Lähmungen, unangenehmen Halluzinationen, manchmal in den Vordergrund tretenden Angstgefühlen einhergeht und zu Depressionen neigt. *Porosz-Budapest.*

Pellagra, von R. Dods Brown und R. Cranston Low-Edinburg. (*Edinb. med. Journ.* Sept. 1909.) Genaue Beschreibung eines Falles von Pellagra, welcher den zweiten nun in Grofsbritannien beobachteten darstellt. Er betraf eine 21jährige, unverheiratete Person, welche in Shetland geboren war und lebte, im Winter Hausarbeit verrichtete und im Sommer in der Fischindustrie (Wässern und Einsalzen der Fische) beschäftigt war. Mit Mais hatte sie nie zu tun, afs auch nie Mais, aber hatte die Gewohnheit, Hafermehl und Reis in rohem Zustande zu geniefsen. Die Krankheit begann mit allgemeiner Schwäche, besonders in den Knien, Anfällen von Diarrhoe, Aufgeregtheit, abwechselnd mit Depressionszuständen. Diese geistigen Störungen steigerten sich zu Halluzinationen verschiedener Art, so dafs die Aufnahme in ein Asyl notwendig wurde. Hochgradige Stomatitis und eine Hauteruption, die genau den dem Licht ausgesetzten Stellen entsprach, also über Stirn, Wangen, Nase, Knie, Ohren und oberen Teile des Nackens safs, traten weiterhin auf. Die Stomatitis war so hochgradig, dafs die Nahrungsaufnahme aufserordentlich erschwert war, ebenso war die Diarrhoe sehr hartnäckig und jeder Behandlung trotzend. Der Tod trat schliefslich unter Erschöpfung und etwa einen Monat nach Beginn der Behandlung ein. Verfasser zweifeln nicht, dafs es sich hier um einen Fall von sporadischer Pellagra handelte, der entweder auf schlechter Ernährung oder schlechten hygienischen Verhältnissen beruhte. Die Gewohnheit der Patientin, rohes Hafermehl und Reis zu geniefsen, ist vielleicht ätiologisch von Wichtigkeit. *Stern-München.*

Bericht von 15 Pellagrafällen, von Edward B. Bailey-Demopolis. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53. Nr. 26.) Von den 15 Fällen waren 12 Weiber; alle hatten Maisbrot gegessen; 14 Fälle hatten Durchfall, 11 Stomatitis, 14 Exanthem, 3 Vaginitis, 1 Ödem der Vulva. Zehn starben, drei wurden gesund, 2 gebessert. Atoxyl wurde in 5 Fällen angewandt, ohne dafs der Verfasser ein Urteil über die Wirkung abgeben kann. Die in einem Falle vorgenommene Transfusion von Blut eines von Pellagra Geheilten war erfolglos. *Schourp-Danzig.*

Pellagra, von J. P. Patterson-New Bern. (*Journ. americ. med assoc.* Bd. 54. Nr. 8.) Bericht eines Falles. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Pellagra, von Howard Fox-New York. (*New York med. Journ.* 26. Febr. 1910.) Der Fall betraf einen 51jährigen Farmer, zeigte die rezidivierende Hauteruption typischer Lokalisation (Handrücken), geringen Appetit, rote Zunge, Diarrhoe, allgemeine Schwäche, psychische Depression, erhöhte Reflexe und aufserdem allgemeine Arteriosklerose. F. stellt den Fall (vor der medizinischen Akademie von New York) vor, um wiederholt auf die den Vereinigten Staaten drohende Pellagragefahr hinzuweisen. *Stern-München.*

Ein Fall von Pellagra, von William A. Haley-Houston. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 10.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Pellagra. Bericht über neun Fälle, von E. D. Bondurant-Mobile, Ala. (*Med. Record.* 21. Aug. 1909.) Nur einzelne der beschriebenen Fälle zeigten Hauterscheinungen;

die Hauptsymptome waren nervöser Natur. B. glaubt, dafs die jetzt in den Südstaaten aufserordentlich verbreitete Pellagra erst seit einer Reihe von Jahren eingeschleppt worden ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Wassermannsche Reaktion (Noguchi-Modifikation) bei Pellagra, Bericht über 30 Fälle, von Howard Fox-New York. (*New York med. Journ.* 18. Dez. 1909.) F. untersuchte die 30 Fälle von Pellagra, 9 Weifse und 21 Farbige betreffend, je viermal mit der von Noguchi angegebenen Modifikation der Wassermannschen Reaktion und fand blos in einem Falle eine ausgesprochen positive Reaktion und bei diesem ergab sich späterhin, dafs wahrscheinlich früher einmal syphilitische Infektion stattgefunden hat. In zwölf anderen Fällen war die Reaktion mäfsig und bei weiteren fünf ganz schwach positiv und leicht zu unterscheiden von den ausgesprochenen Reaktionen, die man bei Syphilis und vielen Fällen von Lepra findet. Im Gegensatz zu anderen Forschern, besonders Bass, der in sechs Fällen von Pellagra stets positive Wassermannsche Reaktion (mit Lecithin als Antigen) hatte, kann F. bei dem meist negativen Ausfall in seinen Fällen nicht zu der Ansicht gelangen, dafs es sich bei Pellagra wahrscheinlich um eine durch Protozoen hervorgerufene Krankheit handle. *Stern-München.*

Komplementfixation mit Lecithin als Antigen bei Pellagra, von C. C. Bass-New Orleans. (*New York med. Journ.* 20. Nov. 1909.) Die Technik, welche B. in seinen nun insgesamt 16 Fällen von Pellagra verfolgte, ist die der Wassermannschen Serumreaktion, wobei Lecithin statt syphilitischen Leberextraktes als Antigen benutzt wurde (0,3%ige Lösung in gleichen Teilen absoluten Alkohols und Kochsalzlösung). Von den 16 Fällen gaben zwölf ein positives und vier ein negatives Resultat; letztere (vier) hatten schwere akute und zwei davon ihre ersten Anfälle. Drei der Fälle mit positiver Reaktion waren früher mit Syphilis befallen gewesen, es bleiben also bei Ausschlufs derselben und eines vierten, wo die Serumprobe bei der Autopsie gemacht wurde, immer noch acht Fälle mit positiver Reaktion, wovon sieben einem leichten, chronischen Typus angehörten und nur einer dem schweren, akuten. Die positive Reaktion scheint also viel eher in chronischen, leichten Fällen und jenen, welche eine gewisse Resistenz gegen das Krankheitsgift zeigen, vorzukommen. Aufser bei Syphilis wurde bis jetzt die Komplementfixation mit Lipoidsubstanzen als Antigen bei Trypanosomiasis, der Schlafkrankheit, Kala-azar, gewissen Fällen von Malaria und einigen von Scharlach, welche alle, letzteren ausgenommen, Protozoenkrankheiten sind, gefunden. Bei Bakterienkrankheiten wurde die Reaktion fast nie konstatiert. B. möchte bezüglich der Pellagra bei der geringen Anzahl der untersuchten Fälle vorläufig noch von naheliegenden Schlüssen absehen, aber zu weiteren bezüglichen Forschungen die Anregung geben. *Stern-München.*

Akrodynie, von Unna-Hamburg. (*Real-Encyklopädie der ges. Heilk.*) Die ersten Krankheitserscheinungen sind gastrische Beschwerden mit Appetitlosigkeit, Erbrechen und mitunter profusen Diarrhoen. Die Haut an Händen und Füfsen wird rot und schwillt an. Nervöse Erscheinungen (Ameisenkriechen), Abmagerung und Schlaflosigkeit treten hinzu. Die Krankheitsdauer beträgt meist 1—3 Wochen. Bei Akrodynie wie dem ähnlichen Denguefieber spielt offenbar eine Erkrankung der Gefäfsnerven die wichtigste Rolle. Die Unterschiede sind vielleicht nur graduelle, abgesehen davon, dafs die Symptome der Dengue in mehr typischen Perioden auftreten *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von Asthma mit vasomotorischen Komplikationen, von W. Miller-Rayleigh. (*Lancet.* 27. Nov. 1909.) Infolge eines Wespenstiches, der eine kleine subcutane Vene gerade getroffen zu haben scheint, erkrankte eine 34jährige

Dame mit intensiver, universeller Urticaria und lebensgefährlicher ödematöser Schwellung der Schleimhaut des Rachens und Gaumens. Genesung erfolgte langsam.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über eine noch nicht beschriebene symmetrische Dermatose des dritten Spatium interdigitale der Hände, von Ciarrocchi-Mailand. (*Mailand Typographia degli operai* [*società cooperativa.*]) C. weist an einer Reihe von Fällen nach, dafs der Raum zwischen Mittel- und Ringfinger eine Prädilektionsstelle bilde für verschiedene Dermatosen. Die Erkrankungen seien trophoneurotischen Ursprungs und auf eine besondere Innervation dieser Gegend zurückzuführen, wodurch ein Locus minoris resistentiae entstehe.
Haas-Hamburg

Lokale Ischaemie der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit) im Verein mit einer bisher noch nicht beschriebenen Komplikation in Gestalt einer intermittierenden Achylia gastrica, von G. A. Friedman-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Febr. 1910.) Eine 23jährige, ledige, neurotisch etwas belastete Schneiderin leidet seit dem Überstehen einer ziemlich schweren Attacke von Malaria (vor fünf Jahren) an einem zeitweiligen „Absterben" der Finger, das im Laufe der Zeit sich auch auf die Zehen erstreckte. Im Winter tritt die Affektion viel stärker hervor als in der warmen Jahreszeit. Gastrische Beschwerden wurden aufser einer leichten Verminderung der Efslust nicht geklagt. Die Untersuchung des Mageninhalts nach einem Probefrühstück ergab aber wiederholt ein vollständiges Fehlen von freier Salzsäure und das reichliche Vorhandensein von Schleim; dieses abnorme Verhalten fiel regelmäfsig zeitlich zusammen mit einer Steigerung der asphyktischen Störungen an den Händen. Zeigten die Hände eine Besserung der Blutzirkulation, so ergab die Untersuchung des Magensaftes eine Besserung der gastrischen Funktion, Fehlen von Schleim und eine nur relative Verminderung der freien Salzsäure. Verfasser zitiert verschiedene anderweite Berichte, um zu zeigen, dafs die lokale Störung an den Extremitäten wohl eine mehr zentrale Ursache haben dürfte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hat die Thromboangiitis obliterans eine Beziehung zur Raynaudschen Krankheit und zur Erythromelalgie? Von L. Buerger-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Jan. 1910.) Diese Frage ist nach B.s Darlegung entschieden zu verneinen. Die von ihm an einigen 50 Fällen ausgeführten Beobachtungen ergaben (wie er schon früher dargelegt hat), dafs die angiosklerotische Gangrän, für welche er den oben gebrauchten Namen Thromboangiitis obliterans vorzieht, nicht auf einer Wucherung der Intima der Arterien beruht, sondern auf einer Thrombose dieser Gefäfse und auch zuweilen der Venen. Klinisch unterscheidet sich das Leiden auch von den beiden anderen Affektionen; die Hauptsymptome der Thromboangiitis der unteren Extremitäten sind Schmerz, intermittierendes Hinken, Rötung des Teils bei abhängiger und Blutleere bei erhöhter Lage, Fehlen des Pulses und trophische Störungen. Verwechselungen sind also allerdings leicht möglich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Prophylaxe und Therapie drohender Fingergangrän bei Raynaudscher Krankheit, von H. Noesske-Kiel. (*Münchn. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Zur Beseitigung von drohender Gangrän bei ischämischen Zuständen nach Verletzungen an den Fingern und bei Erfrierungen hat Verfasser bei früherer Gelegenheit schon empfohlen, einen ziemlich ausgiebigen Einschnitt in die Fingerbeere zu machen und durch Saugewirkung nach Bierscher Methode den Blutstrom anzuregen. Er berichtet hier über einen Fall von Raynaudscher Krankheit der Finger, bei welcher das Verfahren äufserst befriedigend wirkte. Unter Lokalanästhesie oder im Ätherrausch wird parallel zum Nagelsaum ein von der ulnaren bis zur radialen Seite reichender Schnitt bis auf den Knochen geführt, so dafs die Fingerbeere leicht klaffend herabhängt. Die Wunde wird mit einem in Kampferöl getauchten Gazestreifen tamponiert, und das

erkrankte Glied resp. die ganze Hand wird täglich zwei- bis dreimal auf acht bis zehn Minuten einem negativen Druck von ca. 10 bis 15 ccm Quecksilber ausgesetzt. Die Wunden heilen gut aus, ohne störende Narben zu hinterlassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die neuropathischen Ödeme und ihr Mechanismus, von Barbano. (*Morgagni.* 23. Okt. 1909.) Nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Ein Fall von angio-neurotischem Ödem im Verein mit Lebercirrhose, von S. G. Corner-Coggeshall. (*Lancet.* 31. Juli 1909.) Ein 40jähriger Mann mit mäfsiger Lebervergröfserung bot eine ohne bekannte Veranlassung plötzlich entstandene starke Schwellung der Oberlippe dar. Die Affektion verging im Laufe von 24 Stunden, doch traten in der Folge ähnliche vorübergehende Schwellungen an der Unterlippe, dem Halse, der Zunge, am Scrotum, dem Rücken usw. wiederholt hervor. Es entstanden dabei Tumoren von Haselnufs- bis Hühnereigröfse. Patient erhielt Calciumchlorid (0,5—1,0 per die) und ist jetzt seit vier Monaten gesund geblieben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Familiäre Erkrankung an akutem umschriebenen Hautödem, von Max Küll-Radevormwald. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 50.) Verfasser berichtet über vier Generationen einer Familie, deren Mitglieder öfter schwer an akutem umschriebenen Hautödem zu leiden hatten. Unter 32 Mitgliedern waren acht Krankheitsfälle und zwei davon sind daran gestorben. In einem Falle trat der Tod nach Extraktion dreier Zähne ein, in dem anderen (Bruder des ersten) im Laufe einer Angina tonsillaris. Bei allen von dem Leiden Befallenen, mit Ausnahme der beiden Gestorbenen, machen sich vor dem Auftreten der Schwellungen oder gleichzeitig mit ihnen gastrische Erscheinungen geltend: Magenschmerzen, Würgen, Erbrechen galliger Massen und leichte icterische Färbung der Skleren. Die Anfälle treten bei verschiedenen Mitgliedern verschieden stark und in verschiedenen Zwischenräumen auf und befallen die verschiedensten Organe. Manche haben jahrelange Pausen, bei anderen traten die Anfälle ziemlich regelmäfsig alle 14 Tage auf. Der jüngste Befallene ist jetzt sieben Jahre alt und hatte vor zwei Jahren den ersten Anfall. Die ganze Familie ist neuropathisch veranlagt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ursprung des nephritischen Ödems, von Julius Bencze-Budapest. (*Magyar Orvosi Archivum.* 1909.) Verfasser fafst das Ergebnis seiner Untersuchungen in folgendem zusammen: Der Gewichtsverlust durstender und hungernder Tiere mit gesunden Nieren ist gröfser, als der jener Tiere, bei denen eine ungenügende Tätigkeit der Nieren vorhanden ist. In Folge dessen ist bei allen Formen ungenügender Nierentätigkeit relative Wasserretention ohne Rücksicht auf die Wasseraufnahme von aufsen. Das retinierte Wasser wird einesteils zur Vermehrung der Wassermenge, anderenteils zur Bestreitung der zum Ödem nötigen Flüssigkeit verwendet. Das Anwachsen der Blutmenge ist eine Folge einer Flüssigkeitsströmung, die von den Geweben zum Blute gerichtet ist. Diese Strömung nimmt sofort nach dem Aufhören der Nierentätigkeit ihren Anfang. Dem entsprechend stellt sie sich im Falle einer Entfernung beider Nieren kurz nach der Operation ein, während sie bei den mit Urin vergifteten Tieren nur nach dem Aufhören der Harnentleerung beginnt. Die Vermehrung der Blutmenge ist progressiven Charakters. Das Maximum erreicht sie unmittelbar vor dem Tode des Tieres, also zu einer Zeit, da aller Wahrscheinlichkeit nach die Entwicklung des Ödems den Höhepunkt erreicht. Die Entwicklung des Ödems begleitet nicht die Abnahme der Blutmenge. Infolge dessen können wir nicht annehmen, dafs die ungenügende Tätigkeit der Nieren die Durchlässigkeit der Adernwände erhöht. Hydrämische Plethora als der Ursprung des Ödems ist auf die Veränderung der Wasserverteilung zwischen den Geweben und dem Blute, bzw. den

Lücken zwischen den Geweben (serösen Höhlen) zurückzuführen. Nichts weist darauf hin, dafs die von LICHTHEIM, COHNHEIM angenommene Arterienveränderung, die die Nierenerkrankungen begleitet, wirklich vorhanden ist. Alle diese Veränderungen treten auch ohne Wasseraufnahme auf. Wenn wir aber doch auf natürlichem Wege Wasser in den Organismus einführen, so fördert die Wassermenge die Entstehung der Plethora und des Ödems und erhöht ihre Intensivität. Einen prinzipiellen Unterschied ruft aber die Wasseraufnahme nicht hervor. *Porosz-Budapest.*

Ein Fall von abnormem Ödem bei BRIGHTscher Niere, von R. W. S. WALKER-London. (*Lancet.* 24. April 1909.) Ein 24jähriges Fräulein hat seit acht Jahren an anscheinend spontan entstandenem Ödem am Unterschenkel, das allmählich zu einem förmlichen Tumor an der Kniekehle sich entwickelte (Abbildung), gelitten. Das Ödem und auch der Tumor nahmen bei Bettruhe ab. Im Urin fand man zeitweilig grofse Mengen Eiweifs, zeitweilig war der Urin auch vollständig eiweifsfrei. Bei Durchführung einer streng salzfreien Diät gelang es, das Ödem zu beseitigen, ohne dafs Bettruhe nötig war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Hysterie mit Ödème bleu und Differenz der Kniephänomene, von L. ANDERNACH-Königsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 43.) Der Fall betraf ein 19jähriges Dienstmädchen mit ausgesprochenen intensiven hysterischen Erscheinungen. Den Dermatologen interessiert dabei vorwiegend die geschilderte ödematöse Schwellung und bläuliche Verfärbung der einen (rechten) Hand. Besonders auffallend war dabei, dafs die lokale Temperatur anfangs erhöht, später mit zunehmender Blaufärbung an der Hand herabgesetzt war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Haemophilia spontanea, von M. MATSUOKA-Kioto. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 102. Heft 4—6.) In Japan ist die Hämophilie sehr selten. M. beobachtete zwei Fälle, bei denen unstillbare, parenchymatöse Blutungen aus dem Zahnfleisch auftraten und öfter Blutungen aus der Synovialschleimhaut der Gelenkhöhlen beobachtet wurden. *Schourp-Danzig.*

Die Purpura, von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 5.) Kurze Beschreibung der verschiedenen Arten von Purpura, ihrer Pathogenese, Prognose und Behandlung. Von einem Zusammenhang der Peliosis rheumatica, die BESNIER Purpura simplex acuta oder pseudorheumatica nennt, mit dem echten Gelenkrheumatismus will J. anscheinend nichts wissen. Seiner Anschauung nach sind bei der Peliosis rheumatica gastrische Störungen die Ursache der Hautblutungen; in solchen Fällen sind daher Darmspülungen, der Gebrauch von Abführmitteln und Milch- oder Milch-Gemüsediät angezeigt, Salicylpräparate bewirken nur eine Verstärkung der Hautblutungen, ohne die Gelenkschmerzen zu beseitigen. *Götz-München.*

Zum Thema des Verhaltens der kapillaren Blutgefäfse bei Purpura, von W. OSLER-Oxford. (*Lancet.* 15. Mai 1909.) Ein robuster 43jähriger Mann erkrankte nach einer körperlichen Anstrengung an einer in vier Tagen letal verlaufenden Purpura haemorrhagica mit intensiven Blutungen auch des Magens und der Nieren. Die ganze Oberhaut war mit teils kleineren, teils enormen Hämorrhagien bedeckt bis auf eine scharf umschriebene, gänzlich frei gebliebene Stelle am Abdomen, wo sich der Patient am zweiten Krankheitstage vor dem Einsetzen der Hautblutungen zur Behandlung des Erbrechens ein Senfblatt appliziert hatte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Morbus maculosus Werlhofii und Purpura haemorrhagica, von A. KALMÁR-Rétság. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 48.) Morbus maculosus Werlhofii tritt plötzlich auf oder es gehen nur Empfindlichkeit in der Magengegend und Ernährungsträgheit voran. Es treten in der Haut zumeist auf den unteren Gliedmafsen nadelstichgrofse, mohnkorn- bis bohnengrofse oder noch gröfsere, dunkelrote, von der

Oberfläche sich ausnahmsweise erhebende, auf Druck nicht verschwindende Blutungen auf. Später auch auf dem Rumpf und den oberen Gliedmafsen, zumeist auf der Streckseite. Auf den Schleimhäuten in der Nase, auf den Lippen, im Munde und in der Rachenhöhle, in den Urogenitalorganen, in den weiblichen Geschlechtsorganen verursacht sie Blutungen, ebenso auch in der Retina, Choreoidea, im Mittelohre, in den Nieren, im Gehirn. Sie verursachen keine lokale Reaktion und stellen sich ohne entzündliche Symptome und Schmerzen ein. Es kann mit Wahrscheinlichkeit behauptet werden, dafs toxische Stoffe auf die Blutgefäfswände und auf das Blut selbst wirken. Die manchmal auftretenden Hautblutungen entstehen also auf dem Wege der Autointoxikation als Komplikationen bei Urämie, Leukämie, Carcinom, bei kachektischen Individuen nach langanhaltenden schweren Darmleiden, so auch nach Tuberkulose, Cirrhosis hepatis usw. Toxischen Ursprungs sind auch die Hautblutungen nach einzelnen Giften, Heilmitteln und Nährmitteln, z. B. bei Arsen-, Ergotin-, Phosphor-, Chloral, Jod- usw. Vergiftungen, so auch nach dem Genusse von Austern und Wurstwaren. Verfasser beobachtete vier Fälle: einen geheilten, drei endeten letal und zwar einer an Carcinoma lienis, einer an Tuberkulose und einer an Cyrrhosis hepatis.

Poross-Budapest.

Purpura haemorrhagica; ist der Bacillus coli communis die Ursache? Von St. J. Maher-New Haven. (*Med. Record.* 20. März 1909.) In dem Blute eines binnen fünf Tagen letal verlaufenen Falles von Purpura haemorrhagica bei einer gesunden und kräftigen 25jährigen Lehrerin fanden sich innerhalb der Leukocyten Bazillen, die alle kulturellen und anderen Merkmale des Bacillus coli hatten. Meerschweinchen gingen nach intraperitonealer Injektion nicht nur binnen wenigen Stunden zugrunde, sondern zeigten in Magen und Darm auch charakteristische Purpuraflecke.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Purpura haemorrhagica nach Darreichung von Fibrolysin, von S. Clifford Pritchard-London. (*Lancet.* 14. Aug. 1909.) Ein 69jähriger Mann, welcher bei früherer Beobachtung vorübergehend an Albuminurie und Glykosurie sowie Attacken von Angina pectoris mäfsigen Grades gelitten hatte und ein systolisches Geräusch an der Aorta darbot, erhielt wegen Dupuytrenscher Kontraktur an beiden Händen im Laufe von acht Wochen 18 Injektionen von Fibrolysin zu je 2,3 ccm. Die Behandlung wurde unterbrochen, als sich Epistaxis nebst gelinden Zahnfleischblutungen einstellten. Zugleich entwickelten sich Purpuraflecke an den Beinen und später am übrigen Körper. Aufserdem war bis zu 2% Zucker im Urin nachzuweisen, und der Patient starb nach zehn Tagen unter den Erscheinungen der Entkräftung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Durch Bakteriengifte erzeugte „Purpura haemorrhagica“, von Hans Heyrovsky-Wien. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 51, Heft 5.) H. benutzte zu seinen Versuchen keimfreie Filtrate von Glykose-Bouillonkulturen typischer Stämme des Diplococcus pneumoniae und Streptococcus mucosus und erzielte durch Injektion dieser Filtrate bei weifsen Mäusen ein der Purpura haemorrhagica des Menschen äufserst ähnliches Krankheitsbild. Bei den injizierten Tieren läfst sich neben dem hämorrhagischen Exanthem und Gewebsblutungen eine verminderte Resistenz bzw. gesteigerte Durchlässigkeit der Gefäfse nachweisen. Die Wirkung des resorbierten Giftes beginnt mit lokaler Erweiterung der Kapillaren, Anhäufung von Leukocyten im Gefäfslumen und Austritt von weifsen und roten Blutkörperchen. Diese Giftwirkung der Kulturfiltrate ist auf die gelösten, durch saure Reaktion des Nährbodens chemisch veränderten Eiweifskörper des Bakterienleibes zurückzuführen. Dieselbe Giftwirkung zeigen die mit stark verdünnter Essigsäure gewonnenen Extrakte der Kokkenleiber. Durch subcutane Injektion kleiner Mengen der Kulturfiltrate läfst sich

beim Menschen eine intensive hämorrhagische Entzündung an der Injektionsstelle erzeugen, wie Verfasser durch Experimente an sich selbst festgestellt hat. Ohne natürlich für alle Formen der idiopathischen Purpura die Gifte, mit denen er experimentierte, in Ursache bringen zu wollen, hält sich H. nach dem Ergebnisse seiner Versuche für berechtigt, anzunehmen, daſs bei einzelnen Fällen der Purpura des Menschen ähnliche Bakteriengifte im Spiele sind. *Stern-München.*

Ein Fall von Henochscher Purpura; Laparatomie; Genesung, von F. C. Pybus. (*Lancet.* 9. Okt. 1909.) Bericht über ein neunjähriges Mädchen, welches wegen intensiver Abdominalerscheinungen operiert wurde; man fand nicht die vermutete Intussusception, sondern eine ödematöse Schwellung und Verfärbung eines ca. 15 cm langen Stückes des Ileums und des zugehörigen Mesenteriums. Erst acht Tage später traten typische Purpuraflecke an den Beinen und Armen hervor.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Henochscher Purpura, von L. Day-Colchester. (*Brit. med. Journ.* 1909. Nr. 13.) Als Hauptmomente des Krankheitsbildes hebt Verfasser folgende hervor: Ödematöse Schwellung in der Umgebung von verschiedenen Gelenken, Purpuraflecke, Darmkolik, Erbrechen, Ödem an verschiedenen Stellen mit schlaffer Gewebsbeschaffenheit, Blutungen im Lungengewebe und vielleicht auch unter dem Periost von Skelettknochen, Albuminurie, Darmblutungen, Hämatemese und starke Phosphaturie. Genesung. In therapeutischer Beziehung erwähnt Verfasser besonders, daſs per os normales Pferdeserum verabreicht wurde, doch scheint damit irgend eine tatsächliche Einwirkung nicht erzielt worden zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Henochscher Purpura; Laparatomie, Pneumonie, Exitus letalis, von J. B. Cook-London. (*Lancet.* 27. Nov. 1909.) Bei dem 12jährigen Knaben traten nach anfänglichen als Peliosis rheumatica gedeuteten Erscheinungen Zeichen einer Intussusception hervor. Bei der Laparatomie fand man am Dünndarm an zwei Stellen in einer Ausdehnung von ca. 15 cm ein erhebliches Blutextravasat unter dem Peritoneum viscerale. Die Darmerscheinungen besserten sich allmählich. Die Obduktion ergab Bronchopneumonie und Nierenentzündung als Todesursache.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Henochsche Purpura oder angioneurotisches Ödem? von H. C. Barlow-Somersham. (*Brit. med. Journ.* 1. Jan. 1910.) Bericht über zwei Knaben im Alter von 12 und 4½ Jahren, welche neben den Erscheinungen der Henochschen Purpura haemorrhagica vorübergehend an circumskripten Stellen ein hartes Ödem aufwiesen, welches die zweitgenannte Diagnose (im Verein mit gastrischen Störungen) berechtigt erscheinen lieſs. Beide Fälle gingen in Genesung über. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica, von Georg Neumann. (*Centralbl. f. Kinderheilkunde.* Bd. XV. Nr. 1.) Bei zwei Kindern im Alter von 8 und 3¾ Jahren. Verlauf benigne, ohne Besonderheiten. *Haas-Hamburg.*

Ein Fall von Henochscher Purpura mit intestinaler Intussusception, von F. W. Collinson-Preston. (*Lancet.* 12. März 1910.) Dieser Fall ist insofern interessant, als er ohne energisches chirurgisches Eingreifen zweifellos letal geendet haben würde. Der vierjährige Knabe bot nach vorangegangenem hämorrhagischen Ausschlag und Schmerz an den Beinen die Zeichen eines Darmverschlusses dar, und bei der alsbald vorgenommenen Laparatomie fand man eine Intussusception mit Ulceration des eingeschnürten Teiles. Es wurde die Exzision des betreffenden Stückes vorgenommen, und unter Verwendung der Paulschen Röhren und späterhin der Vernähung der angefrischten Darmteile erfolgte Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von fötaler Purpura, von N. Glegg-Datchet. (*Brit. med. Journ.* 12. März 1910.) Bei einem spontan geborenen, 4 kg schweren Kinde war die ganze

Körperoberfläche mit zahlreichen Petechien und gröſseren hämorrhagischen, harten Stellen besät. Dasselbe blieb nur zwölf Stunden am Leben. Die Sektion ergab mehrere kleinere Blutergüsse an einige der inneren Organe. Die Ätiologie der Störung erscheint völlig unklar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von chronischem Hautblutungen bei Hysterie, von E. Binder-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 12.) Bei einem 20 jährigen Soldaten, der schon seit drei Jahren unausgesetztes Auftreten von blauroten Flecken an den Beinen beobachtete, fand B. in der Haut beider Beine eine gröſsere Anzahl frischer, verschieden groſser, fast symmetrisch angeordneter Blutflecke und daneben zahlreiche bräunlich oder gelbgrünlich verfärbte Flecke. Während einer längeren Beobachtung entstanden ohne irgend welche äuſsere Ursache an den Beinen immer wieder neue Hautblutungen, der ganze übrige Körper blieb frei, Schleimhautblutungen kamen nicht vor, nur Nasenbluten trat einige Male auf. Der Mann hatte ausgesprochene hysterische Stigmata und auch die Hautblutungen müssen nach B.s Ansicht als hysterische Erscheinung gedeutet werden. *Götz-München.*

Purpura fulminans, von J. D. Kolleston und T. Mc Criick-London. (*British Journ. of childrens Diseases.* Febr. 1910.) Der Fall betraf einen sechsjährigen Knaben, und bestand in dunkelroter Ecchymosis auf der rechten Hüfte- und Gesäſsgegend, am rechten Unterschenkel und linken Ellenbogen; Temperatur 38° C., Tod weniger als 24 Stunden nach Beginn der Affektion. Anamnestisch konnten nur Hals-, Kopfschmerzen und Erbrechen zehn Tage vor Beginn der Affektion ermittelt werden. Dem tödlichen Ende ging hochgradige Anämie, Erbrechen, allgemeine Unruhe und subnormale Temperatur voraus. Der Fall entspricht vollständig Henochs Beschreibung der Purpura fulminans in der auſserordentlichen Raschheit der Ecchymosenbildung, im völligen Fehlen von Hämorrhagien der Schleimhäute oder inneren Organe und in dem raschen tödlichen Verlauf. Von 56 gesammelten Fällen dieser Art Purpura endeten 19 innerhalb der ersten 24 Stunden tödlich, die Durchschnittsdauer des Leidens war 52 Stunden (fünf Stunden bis zehn Tage) bei 33 anderen Fällen, und nur vier gingen in Heilung über. Bei 16 der Fälle war Scharlach vorausgegangen, was Verfasser auch für den vorliegenden Fall nicht für unwahrscheinlich halten. Mit einer Abbildung. *Stern-München.*

Traumatische Entzündungen.

Atypische und weniger bekannte Folgeerscheinungen nach Röntgenbestrahlung, von Arthur Zehden-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 1.) Es wurden auch die sonst zur Behandlung nicht benützten Strahlen, wie sie Röhren mit dem Härtegrade 1—2,5 Wehnelt (Zentraltherapieröhre von Burger und Therapieröhre von Grisson) hindurchtreten lassen, bei flachen, refraktären Epitheliomen und bei Naevi flammei angewandt. Die Reaktion auf diese überweichen Röntgenstrahlen ist atypisch: Die Inkubationsdauer und Dauer bis zur Abheilung sind abgekürzt. Schmerzen fehlen dabei meist. Die Reaktionen lassen sich in drei Grade einteilen. Beim ersten Grad (Rötung; Auftreten zwischen 3.—21. Tage) ist Pigmentation die Regel. Zweiter Grad: blasige Abhebung oder dickborkige Krustenbildung, Eintreten zwei bis acht Tage nach Bestrahlung, Abheilung überraschend schnell in ein bis drei Wochen. Kein Schmerz und anscheinend keine Hautatrophie. Dritter Grad: Röntgenulcus. Dasselbe tritt drei bis vier Tage nach Bestrahlung auf, sofort in ganzer Gröſse, ohne den sonst bekannten grünen, zähen Belag.

Verfasser sucht in der Radiotherapie prinzipiell jede Reaktion zu vermeiden, da noch drei bis vier Jahre nach einer einmaligen Reaktion 1. Grades nachträglich

Atrophie mit Teleangiektasien einsetzen kann, trotzdem zunächst Restitutio ad integrum eingetreten war. Nur einmal sah er als Spätreaktion, 2½ Jahre nach der letzten Bestrahlung, eine eigentümliche sklerodermieartige Veränderung an der Haut des Halses auftreten.

Bei einer Patientin zeigte sich eine auf die ekzematös erkrankte Hautpartie beschränkte Überempfindlichkeit: auf eine ⅓-Erythemdose entstand eine Reaktion 2. Grades. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bericht über einen Fall von Röntgenulcerationen, welche durch die Hiltonsche Behandlung geheilt wurden, von A. F. Savill - London. (*Lancet.* 18. Dez. 1909.) Im Anschlufs an eine längere Zeit fortgesetzter Behandlung mit Röntgenstrahlen wegen Sklerodermie akquirierte eine 30jährige, intelligente, verheiratete Frau auf der Schulter und am Oberarm Geschwüre von ungemein schmerzhafter und gegen Behandlung refraktärer Art. Während zwei Jahre hatte die Patientin angeblich niemals mehr als eine Stunde zurzeit schlafen können. Während der Beobachtung entwickelte sich am Arm ein drittes Geschwür; der Umfang der Geschwüre entsprach Pfennigstück- bis zu Fünfmarkstückgröfse. Die Geschwüre wurden auf der proximalen Seite halbkreisförmig mit einer ausgiebigen Inzision umschnitten, wie dies 1863 von Hilton empfohlen wurde. Die günstige Wirkung auf die Schmerzen trat sofort in eklatanter Weise hervor; bis zur definitiven Heilung der Geschwüre vergingen aber mehrere Monate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur kosmetischen Verbesserung der Röntgenstrahlennarben mittels Fibrolysininjektion und Quarzlampenbestrahlung, von Ph. Ferd. Becker-Frankfurt a. M. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIV, Heft 3.) Ein wegen ausgedehntem Lupus des Gesichts mit Röntgenstrahlen behandeltes 57jähriges Fräulein präsentiert als Endausgang eine an Sklerodermie erinnernde, gelbweifse, glänzend harte, atrophische Narbenbildung im Bereich der ganzen linken Wange mit Unmassen feinster bis mittelstarker Gefäfsteleangiektasien. Die Erweichung der Narbe wurde erreicht durch eine längere Zeit fortgesetzte Fibrolysininjektionskur; die Ektasien wurden mit der Quarzlampe angegriffen; und zwar mit möglichst oberflächlicher Beleuchtung mit der Kromayerschen Lampe ohne Filter 10 Minuten 10 cm Abstand. Die Reaktion war sehr stark, aber schon nach zweimaliger Bestrahlung zeigte sich eine ganz erhebliche Besserung. Die Teleangiektasien sind verschwunden und seit nunmehr einem Jahre nicht rezidiviert. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung des Röntgenulcus; Fibrolysinpflaster bei Röntgenverhornungen der Haut, von Immelmann-Berlin. (Verhandl. Dtsch. Röntgenges. V. Kongrefs.) I. empfiehlt dringend, Röntgengeschwüre so zeitig wie möglich zu exzidieren. Zur Entfernung der kleinen Horninseln bei chronischer Röntgendermatitis der Hände gibt es nichts besseres als das Fibrolysinpflaster Merck. In der Diskussion wird der frühzeitigen Entfernung der Ulcera von verschiedenen Seiten zugestimmt, mit der Einschränkung indes, dafs immer die Bildung der Demarkationsgrenze abzuwarten ist. Zu gleicher Zeit wird Gelegenheit genommen, vor der Anwendung lokaler Anaesthetica (Orthoform, Anästhesin usw.) wieder einmal eindringlichst zu warnen, da sie die Ausbreitung der Nekrose begünstigen. *W. Lehmann-Stettin.*

Frostmittel. Europhenkollodium.

	Europhen	1,0
	Collod. elastic.	9,0.
Thiolfrostsalbe.	*Thiol. liquid.*	
	Resorcin	āā 3,0
	Adeps lanae anhydric.	ad 30,0.

Aristolkollodium. *Aristol* 1,0
Collod. elastic. 9,0. *Strickrodt-Hamburg.*

Temporäre Alopecie beim Kaninchen durch Erfrierung, von Fontana. (Milano, Casa Editure Francesco Vallardi.) Verfasser gelang es, am Ohr vom Kaninchen durch Gefrierung mit Kohlensäureschnee (leichter Druck von 30—60°) eine Alopecie hervorzurufen, die am 15.—18. Tage auftrat und erst am 45.—50. Tage wieder verschwunden war. *Haas-Hamburg.*

Verbrennungen durch Elektrizität, von John A. Kappelmann - Evanston. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 7.) Drei Fälle von Verbrennungen durch Berührungen von Stromleitungen von 2200 bzw. 10000 Volt. *Schourp-Danzig.*

Eine neue Behandlungsart von Verbrennungen, von Viktor L. Neumayer-Dovar. (*Dtsch. Ztschr. f. Chirurg.* Bd. 104, Heft 5—6.) Der Verfasser empfiehlt das von Klapp — *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19 — angegebene Chirosoter. Die Verbrennungen werden mit Chirosoter gesprengt und steril verbunden. Der Verband bleibt einige Tage liegen, bis die Sekretion durchschlägt. Durch Zusatz von Scharlachrot zu Chirosoter erhielt N. eine Emulsion, unter deren Anwendung die Heilungsdauer erheblich abgekürzt wurde. Die Vorzüge der Behandlung bestehen aufserdem in der Billigkeit, in der Verhinderung der Infektion, in der Schönheit und Glätte der Narben und in der Einfachheit und Schmerzlinderung. *Schourp-Danzig.*

Typhusbazillen im Sekret eines Dekubitus, von Stein - Münster. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 8.) Ein Rekonvaleszent aus schwerem Typhus hat Dekubitus. Die pflegende Schwester erkrankt an Typhus. Das nun untersuchte Dekubitalsekret enthält reichlich Typhusbazillen. Es wird angenommen, dafs die Pflegerin bei einem Verbandwechsel die Typhusbazillen auf ihre Hände übertragen hat. *Schourp-Danzig.*

Eine bequeme Methode, den Grofszehennagel durch Kompression zu entfernen, von P. Tytler - Manchester. (*Brit. med. Journ.* 17. Juli 1909.) Zur Behandlung des Unguis incarnatus verfährt T. folgendermafsen: Zunächst wird 24 Stunden lang ein Umschlag mit Bleiwasser und Opiumtinktur appliziert; alsdann wird mit einem Stück gewöhnlichem Kleiderband die Zehe an der Basis umschnürt bis zur Erzeugung einer intensiven Hyperämie. Darauf fafst man mit einer langen geraden Arterienklemme den Nagel an dem mittleren Drittel der affizierten Hälfte und komprimiert unter Anwendung eines nicht besonders starken Druckes. Nach etwa drei Tagen, während derer die feuchten Umschläge fortgesetzt werden, findet man den Nagel so gelockert, dafs er leicht und schmerzlos und fast ohne Blutung entfernt werden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine durch Handschuhfarbe hervorgerufene Hautentzündung, von Leopold Feilchenfeld-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) F. fand bei einer Dame an vier Fingern der rechten und einem Finger der linken Hand eine intensive Rotfärbung und Schwellung der Haut der dorsalen Seite, namentlich am Nagelglied; die Berührung der erkrankten Partie war sehr schmerzhaft, die Bewegung der Finger behindert. Die Affektion war verursacht durch das Tragen gelbgefärbter wildlederner Handschuhe, die bei stärkerem Schwitzen abfärbten; sie heilte unter Applikation von Ichthyolsalbe im Verlaufe von 14 Tagen ab. *Götz-München.*

Epheudermatitis, von A. W. Baird - New York. (*Med. Record.* 7. Aug. 1909.) Die in Amerika sehr häufige Dermatitis, die bei der Berührung von Rhus toxicodendron entsteht, empfiehlt B. mit heifsen 2—4 %igen Lösungen von Kal. permang. zu behandeln, da dasselbe nach Acree und Syme den giftigen Faktor neutralisieren soll. *W. Lehmann-Stettin.*

Hautreizende Wirkung von Epheu, von F. Zinsser-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 52.) Offenbar handelte es sich in dem hier beschriebenen Falle um eine besondere Idiosynkrasie, indem bei mehreren Gelegenheiten die Berührung mit gewöhnlichem Epheu (Hedera Helix) an den Händen resp. Armen der Patientin, eine junge Dame, welche sich viel mit Gärtnerei beschäftigte, eine starke Reaktion hervorrief. Die Affektion wird beschrieben als ein blafsbläulich rotes, stark juckendes Erythem, das unter Puderbehandlung schnell wieder verging.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Vioformdermatitis, von E. W. Potthoff-Oak Park. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 10.) Bei einem varikösen Ulcus cruris wurde Vioform angewandt. Es folgte einige Stunden darauf eine Dermatitis des ganzen Körpers.

Schourp-Danzig.

Zwei Fälle von akuter Dermatitis in Folge der Einwirkung von Kaliumbichromat, von R. P. White-Wigan. (*Lancet.* 29. Jan. 1910.) Es handelte sich um zwei Arbeiter in einer Färberei, wo die zu behandelnden Fabrikate sich in einer kochenden Lösung von doppelchromsaurem Kalium befanden. Zum Herausheben der Gegenstände bedienen sich die Arbeiter einer 1½ m langen Stange, aber wie Verfasser experimentell nachwies, werden mit dem Dampf ziemlich ausgiebig Salzpartikel emporgerissen bis zu einer Höhe von 30 und 40 cm und können leicht mit den entblöfsten Armen, Hals und Brust der Arbeiter in Berührung kommen. Die so entstandene Dermatitis äufserte sich als ein diffuser, erythematöser Ausschlag mit Schuppenbildung und seröser Ausschwitzung. Unter milder Salbenbehandlung und Vermeidung der schädigenden Ursache heilte die Affektion in einigen Wochen vollständig ab. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Karbolnekrose, von C. Canestro. (*La clin. chir.* 11. Okt. 1909. Referiert in *Morgagni* 2. Dez. 1909.) Im Anschlufs an einen vom Autor erlebten Fall geht er die Literatur der Karbolgangraen durch. Aus allem Mitgeteilten erhellt, dafs es weniger die Konzentration als die Länge der Applikation ist, welche das Zustandekommen derselben begünstigt. Was die Ätiologie anbetrifft, so geht er besonders ein auf die experimentellen Beobachtungen von Rosenberger. Nach ihm enthielt die Karbolsäure der oberflächlichen Epidermisschichten Wasser. Die Zellen schrumpfen dann zusammen und erleichtern das weitere Eindringen der Flüssigkeit. Kommt dieselbe sodann mit den Gefäfsen in Berührung, so gibt es Stase und Thrombose. In den Fällen, in denen die Karbolsäure nur kurze Zeit eingewirkt hat, genügt es oft durch eine Waschung mit Alcohol. absol. das Mittel zu entfernen. Weitere Mittel, welche die Karbolsäure gut zentralisieren, sind der Kampher und die Jodtinktur. Hat die Karbolsäure bereits längere Zeit eingewirkt, so soll unter Fernhaltung jeglicher Infektionsmöglichkeit abgewartet werden, bis die Gangrän sich vollständig vom Gesunden demarkiert hat. Dies wird durch Umschläge mit essigsaurer Tonerde beschleunigt. *Gunsett-Strafsburg.*

Dermatitis durch Euproctis choysorrhoea, von Alfred Potter-Brooklyn. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53. Nr. 18.) Beschreibung des bei uns unter dem Namen Prozessionsraupe bekannten Insektes und der durch seine Haare hervorgerufenen Dermatitis. *Schourp-Danzig.*

Über Satinholzdermatitis, eine Anaphylaxie der Haut, von Wechselmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 32.) W. hat beobachtet, dafs Satinholz, das wegen seines schönen atlasartigen Glanzes vielfach zur Herstellung von Luxusmöbeln verwendet wird, starke Hautentzündungen hervorrufen kann. Nach mehrtägigem Hantieren mit dem Holze bekommen manche Arbeiter Jucken und starke Schmerzen und dann eine erysipelartige Rötung und Schwellung an den unbedeckten

Körperteilen; die Entzündung führt stellenweise zu leichtem Nässen und zur Bildung honiggelber dünner Borken. Die hautreizende Substanz scheint ein Alkaloid zu sein. Einmal erkrankte Patienten können so überempfindlich werden, daſs, wie W. experimentell nachwies, die Berührung eines Satinholzstäubchens zur Auslösung der heftigsten Dermatitis genügt. Die Erscheinungen gleichen in hohem Grade den von Tierexperimenten her bekannten Erscheinungen der Anaphylaxie, welche in der Pathologie der Haut wahrscheinlich eine bisher nicht genügend gewürdigte Rolle spielen.

Götz-München.

Über Satinholzdermatitis, von Sieghem-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Verfasser beobachtete drei Fälle im August und September 1908, welche er eingehend beschreibt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Verätzung durch Natronlauge infolge Verwechslung mit Wasserglas, von C. Bachem - Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Zur Verstärkung eines Gipsverbandes wurden einem 14 Monate alten Kinde Binden, die in 26%ige Natronlauge (als Wasserglaslösung signiert) getaucht waren, angelegt. An den Stellen, wo dieselben die Haut berührten, entstand alsbald eine umfangreiche gangränöse Zerstörung, und auch die Hände der amtierenden Schwester waren stark affiziert. Als Proben auf Wasserglas sind folgende Reaktionen zu nennen: Zusatz von Sublimat in starker Verdünnung gibt mit Natronlauge einen gelben Niederschlag von Hydrargyrum oxydatum, mit Wasserglaslösung nicht; mit Mineralsäuren gibt Natronlauge natürlich keinen Niederschlag, wohl aber Wasserglas als weiſsliche Wolke. Wasserglaslösung mit Weingeist in einer Schale verrieben gibt ein körniges, nicht aber ein breiiges Salz, und die hiervon abfiltrierte Flüssigkeit blaut rotes Lackmuspapier nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neurotische Entzündungen.

Die chronische Prurigo, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 42 b.) Die Prurigo Hebrae ist nach G. eine erbliche Diathese, die bei arthritischen, lymphatischen und nervösen Individuen vorkommt. Verschlimmerungen und Neueruptionen treten häufig alternierend mit „metastatischen“ Erkrankungen anderer Organe, z. B. mit Bronchitiden auf. Exacerbationen stellen sich gewöhnlich im Winter infolge der Kälte, auſserdem aber auch infolge von Diätfehlern, Genuſs reizender Speisen oder alkoholischer Getränke, Überanstrengung, besonders geistiger Überarbeitung ein. Die Affektion ist unheilbar, aber gutartig, sie beeinträchtigt das Allgemeinbefinden, soferne das Jucken nicht sehr stark ist, nicht. Die Remissionen, die mit „metastatischen“ Bronchitiden einhergehen, sind für den Kranken nicht günstig; es empfiehlt sich, in solchen Perioden durch Anwendung irritierender Mittel eine Exacerbation herbeizuführen. Bei der Behandlung muſs der arthritischen, lymphatischen oder nervösen Veranlagung der Patienten durch milde Diät, Vermeidung gährender und viel Extraktivstoffe enthaltender Speisen, Verabreichung von Lebertran, lauwarme Bäder und Duschen, Gebrauch von Baldrian Sorge getragen werden. Sehr gut juckstillend wirkt eine 1%ige Menthol und 1%ige Guajakol enthaltende Paste.

Götz-München.

Die Radiumbehandlung der Neurodermatitiden, von A. Bayet. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 2.) Die Resultate, welche Bayet mit seiner Behandlung der Neurodermitis und einiger lokalisierter Pruritusformen hat, sind derartig günstig, daſs es sich verlohnt, etwas auf seine Methode einzugehen. Er benutzte zwei Apparate, bei denen in einem Fall 10 cg Radiumbaryt auf eine 4 qcm groſse Metallplatte, im anderen 4 cg auf eine solche von 2 qcm Gröſse geklebt waren. Die wenig pene-

trierenden und stark reizenden α-Strahlen wurden durch ein 0,03 mm dickes Aluminiumblatt oder eine dünnste Kautschuklamelle, welche zwischen die Läsion und den Apparat gebracht wurden, eliminiert. Die äufserst penetranten γ-Strahlen sowie die harten β-Strahlen kamen infolge ihrer zu langsamen Wirkung für die kurzen Sitzungen nicht in Betracht. Benutzt wurden ausschliefslich die weichen und mittelstarken β-Strahlen. Auch Radiumhaltige Gewebe, welche sich besonders für unebene Stellen eignen, wurden verwandt. Die Kur bestand in einer Sitzung von je fünf Minuten, drei Tage hintereinander. Waren die Läsionen tiefer, so wurde länger exponiert. Auch mufste oft die Kur wiederholt werden. Von 25 Fällen von Neurodermitis mit circumskripter Lichenifikation oder Ekzematisation wurden 24 geheilt, einer befindet sich noch in Behandlung und ist gebessert. Von neun Fällen von disseminierter Neurodermitis mit multiplen Herden wurden sieben geheilt. Auch bei varikösen Lichenifikationen, bei symmetrischen z. B. an den Ohren lokalisierten oder bei ekzematösen Formen im Gesicht bei Kindern, ferner beim orbikulären Lippenekzem, den keratotischen Formen der Palma manus und Planta pedis, dem neurodermitischen Ekzem der Hände bei Arthritikern waren die Resultate ausgezeichnet. Unter acht äufserst hartnäckigen Fällen von Pruritus analis versagte die Methode nur zweimal und auch bei Pruritus vulvae und scroti war der Erfolg eklatant. Wenn Rezidive auftraten, so waren sie nur leicht und wichen bald einer erneuten Behandlung. Wenn man bedenkt, wie hartnäckig sich diese Fälle der medikamentösen Therapie gegenüber verhalten, so sind diese Resultate entschieden beachtenswert und verdienen nachgeprüft zu werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Epidermolysis bullosa, von L. B. Cane-Peterborough. (*Brit. med. Journ.* 8. Mai 1909.) Verfasser berichtet über drei von ihm beobachtete Fälle, eine Mutter und ihre zwei Söhne betreffend. Die hereditären Verhältnisse sind noch besonders bemerkenswert, indem auch die Schwester der Patientin, ihr Vater und Grofsvater nachweislich in der gleichen Weise affiziert waren. Bei den C.schen Fällen bestand das Leiden jahrelang mit zeitweiligen Besserungen und Rezidiven fort. Die angewandte Therapie umfafste auch alle die neueren als wirksam empfohlenen Medikamente, aber irgendeinen greifbaren Erfolg derselben konnte Verfasser bei objektiver Kontrollierung nicht feststellen. Geeignete Bedeckung der Blasen und möglichster Schutz vor äuſeren Insulten sind nach seinen Erfahrungen und auch nach den Ergebnissen der eingehend berücksichtigten Literatur alles, was zu erstreben ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Generalisierter Herpes, von Jay Frank Schamberg - Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 7.) Bei einem 66jährigen Manne folgte auf einen Herpes zoster scapularis sinister eine Eruption von Herpes am ganzen Körper. *Schourp-Danzig.*

Über die Pathogenese des Herpes zoster, von G. Gilardini. (*Il Morgagni.* 11. April 1910.) Ein Fall von Herpes zoster mit Erkrankung der Wurzelzone des neunten rechten Spinalganglion, welchen der Verfasser klinisch und anatomisch untersuchen konnte, beweist die Wichtigkeit der Läsionen der Spinalganglien für die Pathogenese des Herpes zoster. Das Primäre sind die Veränderungen der zellulären Elemente der Intervertebralganglien, sekundär werden die hinteren Wurzeln ergriffen. Im Rückenmark finden sich nur degenerative Prozesse. *Gunsett-Strafsburg.*

Epilepsie und Herpes zoster, von Raymond. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 44.) Bericht über eine 38jährige schwachsinnige Epileptikerin, bei der nach mehrtägigem Fieber ein Herpes cervicalis auftrat, und kurze Bemerkungen über Pathogenese, Prognose und Therapie des Herpes zoster. *Götz-München.*

Herpes perinealis in einem Falle von Pneumonie bei einem acht Monate alten Kinde, von John Philipps-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* Okt. 1909.) Diese

recht seltene Lokalisation des Herpes stellte sich am dritten Tage nach Auftreten der Pneumonie ein, nach zwei Tagen waren statt der Bläschen bereits Krusten vorhanden und diese wichen nach weiteren acht Tagen einem mit dunkelroten Papeln bedeckten Herde. Nach CUSHING würde die Hautaffektion einer Veränderung der hinteren Wurzeln des vierten, möglicherweise auch des fünften Sakralnerven entsprechen. PH. gibt noch eine kurze Übersicht über die bisher bei Herpes festgestellten pathologisch-anatomischen Befunde und erwähnt besonders der Arbeiten von HEAD und CAMPBELL, die 27 Fälle von Herpes zoster in den verschiedenen Stadien untersuchten und hauptsächlich unter folgenden fünf Gesichtspunkten zusammenfafsten: 1. Veränderungen (akute Entzündung) in den Ganglien der Hinterwurzel; 2. in den Nervensträngen derselben; 3. in den peripheren Nerven, welche wahrscheinlich zur gleichen Zeit beginnen, als die Degeneration in den hinteren Wurzelnerven; 4. Veränderungen im Rückenmarksstrang (Degeneration) und 5. in Haut und Drüsen (Zustand tiefgehender Entzündung und Rundzelleninfiltration in der Nachbarschaft des Herpes).

Stern-München.

Dermatitis polymorpha recidivans mit Epidermiscysten. Behandlung der Dermatitis polymorpha mit Adrenalin, von F. BALZER und GUÉNOT. (*Presse méd.* 1909. Nr. 98.) Ein 30 jähriger Mann bekommt mehrere Schübe von Dermatitis DUHRING in typischer Form mit erythematös-circinierten und bazillösen Plaques. Mit dem letzten Schub geht eine Eruption von unzähligen, stecknadelkopfkleinen, miliumartig in der Epidermis sitzenden Cysten einher, die über den ganzen Körper sich verbreiten. Am zahlreichsten sind sie an der Hohlhand und der Fufssohle und zwar sitzen sie hier im Gegensatz zum übrigen Körper auf blasenartig veränderter und emporgehobener Epidermis. Daneben finden sich auch andere auf normaler Haut unter der Cornealschicht der Epidermis. Mikroskopisch sind es Anhäufungen von Hornzellen, welche ein miliäres Keratom analog dem Keratom des Milium sebaceum bilden. Sie sind von einer dünnsten Epidermisschicht bedeckt und stehen mit den Schweifsdrüsen in Verbindung. Bei dem Kranken besteht übrigens eine kolossale Hyperhidrose.

Therapeutisch wurde mit gutem Erfolge Adrenalin gegen die Schübe von Dermatitis verabfolgt. Es wurden täglich 15 Tropfen einer 1‰igen Lösung gegeben, täglich um fünf Tropfen steigend, bis 30 erreicht wurden, die in einer innerhalb 24 Stunden zu nehmenden Mixtur verabreicht wurden. Auf eine zehntägige Behandlung folgte immer eine zehntägige Ruhepause und so fort. Es trat eine auffallende Besserung ein, die auch bei zwei anderen Fällen von DUHRING konstatiert wurde, deren Krankengeschichte mitgeteilt wird. In einem Falle konnte auch die Abnahme der Eosinophilie nach Gebrauch des Medikaments konstatiert werden. Bei einem Kinde von sieben Jahren war hingegen der Erfolg ein geringerer. Allerdings wurden nicht die hohen Dosen von NETTER, der bei Erwachsenen 5—6 mg, bei Kindern 3—4 pro die gibt, verabreicht. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis infolge Melonengiftes, von B. G. R. WILLIAMS-Paris, Ill. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 23.) Nach Anfassen und Riechen an einem Melonenbaum trat bei einer 45jährigen Frau eine bläschenförmige, stark juckende und brennende Hautentzündung auf. *Schourp-Danzig.*

Ein einzelner Fall von Dermatitis herpetiformis DUHRING mit universeller Melanodermie und trophoneurotischen Ulcerationen, von STANCANELLI. (*Giornal. intern. d. Scienze med.* XXXII., Fasc. 4.) Es handelt sich um eine 31jährige Frau mit obiger Affektion. Die Melanodermie war primitiver Natur, unabhängig von den erythematös-bullösen Vorgängen. Pathogenetisch gehört dieser Fall in die Gruppe der menstruellen Dermatosen, als Folge von heftigen Erregungen der Sexualsphäre bei einer Hysterica und dystrophischen Störungen wahrscheinlich im abdominellen

Sympathicus. Eosinophilie fand sich im Blut und Bläscheninhalt nur transitorisch zur Zeit der Eruptionen. *Haas-Hamburg.*

Zur Ätiologie der Hydroa aestivalis, von ALFRED PERUTZ-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) P. ging von den Untersuchungen HAUSMANNS aus, der im Tierkörper Substanzen nachgewiesen (z. B. Hämatoporphyrin), denen eine ähnliche photodynamische Wirkung zukommt, wie den von v. TAPPEINER u. a. beschriebenen fluoreszierenden Substanzen, und der die Ansicht ausgesprochen hatte, daſs diese Stoffe möglicherweise das ätiologische Moment für das Auftreten einiger Dermatosen sein könnten. Da das Kaninchen auf Sulfonal mit Hämatoporphyrinurie reagiert, fütterte er diese längere Zeit hindurch mit Sulfonal in steigenden Dosen und setzte dann deren Ohren schwachen Bestrahlungen mit Kromayerlicht aus. Einige Stunden nach der Bestrahlung bildeten sich Bläscheneruptionen, die histologisch ein der Hydroa aestivalis ähnliches Bild ergaben. Er zieht daraus den Schluſs, daſs es sich bei der Hydroa aestivalis um eine Allgemeinerkrankung des Organismus, speziell um eine a priori gegebene Schädigung der roten Blutkörperchen handelt, wodurch Hämatoporphyrin im Blute kreist, welches als photodynamischer Sensibilator auf die kurzwelligen chemisch wirksamen ultravioletten Strahlen des Sonnenlichts wirkt und den Symptomenkomplex hervorruft. *W. Lehmann-Stettin.*

Über eine Varietät der Sommerprurigo (Prurigo aestivalis), von EINIS. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 8.) Verfasser beobachtete bei Personen im jugendlichen Alter zur Sommerzeit das Auftreten eines Ausschlags auf der dorsalen Partie der Hände, welcher durch stecknadelkopfgroſse, juckende Knötchen ausgezeichnet war. Zum Unterschiede von der HUTCHINSONschen Prurigo aestivalis trockneten diese Knötchen in etwa einer bis zwei Wochen ab, ohne Narben zu hinterlassen. Die Krankheit wiederholt sich einige Sommer hintereinander und zeigt Erblichkeit. *Arthur Jordan-Moskau.*

Hydroa gestationis, von E. WARD-Llanelly. (*Lancet.* 26. Juni 1909.) Eine 26jährige VIII. para, im fünften Monat gravid, zeigte an beiden Unterschenkeln ein bandförmiges, mehr oder weniger das Glied umkreisendes Gebiet von Rötung und Schwellung der Haut. Nach wenigen Tagen waren die Stellen von schnell wachsenden, konfluierenden Bläschen bedeckt. Patientin hat im Laufe von sieben Jahren und zwei Monaten acht gesunde Kinder geboren (einmal Zwillinge) und einmal abortiert, und hat bei jeder Konzeption, meist nach vier bis fünf Monaten an der Hautaffektion gelitten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Wesen des Malum perforans pedis, von RICHARD LEVY. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1909. Nr. 49.) In fünf von L. beobachteten Fällen waren Knochen- bzw. Gelenkveränderungen das Primäre, die Geschwürsbildung erst die Folgeerscheinung, als disponierendes Moment kommen mechanische Insulte in Betracht. In allen Fällen von Malum perforans sollte eine genaue klinische und röntgenologische Untersuchung auf Arthropathien, Synovialfluſs, Spontanfrakturen vorgenommen werden, um festzustellen, inwieweit die Beobachtungen des Verfassers allgemein gültige Schlüsse zulassen. *Schourp-Danzig.*

Akute Exantheme.

Der Typus exanthematicus bei den Kindern, von A. ROMEO. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 2.) Der Verfasser machte seine Beobachtungen während der letzten Madrider Typhus exanthematicus-Epidemie. Kinder werden im ersten Lebensjahre äuſserst selten ergriffen, aber vom sechsten oder siebenten Jahre an besteht keine Differenz mehr Erwachsenen gegenüber. Folgendes sind die im Kindesalter beob-

achteten Besonderheiten der Erkrankung: Der typhöse Zustand ist weniger ausgesprochen, der Ausschlag nicht so stark und die Rekonvaleszenz viel schneller. Hingegen treten die Magen-Darmsymptome mehr hervor. Wie beim Erwachsenen so sind auch beim Kinde Conjunctivalinjektion, Dysphagie, Pulsfrequenz, Milztumor und hohes Fieber vorhanden. *Gunsett-Strafsburg.*

Über systematische Lymphdrüsenschwellungen bei Röteln, von F. Hamburger und O. Schey-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Dafs bei Röteln die okzipitalen und mastoidalen Lymphdrüsen anschwellen, ist eine ganz gewöhnliche und wohl den meisten Ärzten geläufige Erscheinung; über eine Ausbreitung von derartigen Veränderungen an den Lymphdrüsen des Gesamtkörpers ist aber in der Literatur, wie es scheint, bisher nichts verzeichnet. Bei einer kürzlich beobachteten Epidemie, die sich übrigens nicht durch besondere Intensität auszeichnete, konstatierten Verfasser bei einer Serie von 45 Kranken ausnahmslos eine mehr oder minder hochgradige Schwellung sowohl der okzipitalen und mastoidalen als auch der submaxillaren, cervikalen, kubitalen, thorakalen, axillaren und inguinalen Drüsen. In vielen Fällen war die Drüsenschwellung sogar die erste Abnormität, welche der betreffenden Mutter des Kindes aufgefallen war und Anlafs gab, ärztliche Hilfe nachzusuchen. Ob diese allgemeine Drüsenschwellung eine besondere Eigentümlichkeit der zur Beobachtung gekommenen Epidemie war oder ob sie tatsächlich der Rubeola überhaupt eigen ist, müssen weitere Nachforschungen zeigen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Aus meinen Beobachtungen über scharlachähnliche Röteln, von Johannes Barannikow-Charkow. (*Arch. f. Kinderheilk.* 52. Bd., 1.—3. Heft.) Bericht über eine Anzahl von Fällen, aus dem hervorzuheben ist die bedeutende Ähnlichkeit der Eruption mit der scarlatinösen, die Ausbreitung der Eruption in der Richtung von oben nach unten, die relativ nicht besonders hohe Temperatur und die unbedeutende Steigerung der Pulsfrequenz, die geringe Dauer und die Leichtigkeit des Verlaufs, die frühauftretende Desquamation, das Fehlen irgendeines bemerkbaren Einflusses auf die Nieren, selbst wenn diese erkrankt sind, das Auftreten der Eruption bei Personen, die Scharlach bereits überstanden haben, und das Fehlen von Immunität gegen Scharlach bei Kindern, die scharlachähnliche Röteln überstanden haben. *Schourp-Danzig.*

Zur Diagnostik der Röteln, von W. Hildebrandt-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 48.) Zu dem Artikel von Hamburger und Schey bemerkt Verfasser, dafs von Bäumler schon früher auf das Anschwellen der Lymphdrüsen an verschiedenen Körperstellen (namentlich allerdings an den am leichtesten der Untersuchung zugängigen Gebieten am Nacken und Unterkiefer) hingewiesen ist. Aufserdem erwähnt Verfasser aber auch, dafs er bei Erwachsenen bei Rötelnerkrankung stets eine gewisse Milzvergröfserung konstatieren konnte und ferner eine Veränderung des Blutbefundes, indem die weifsen Blutkörperchen eine starke Verminderung aufwiesen bei enormer Vermehrung der Türkschen Reizungsformen, welche zwischen dem dritten und fünften Exanthemtage bis zu 16% aller Leukocyten anstiegen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der heutige Stand des Schutzes gegen Masern in den Spitälern, von N. Berend-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 32.) Die Separation einzelner Abteilungen bewährte sich vollkommen, denn insgesamt kam es während sechs Epidemien einmal vor, dafs eine verschleppte, indirekte Infektion angenommen werden mufste. Das Boxsystem, wenn es auch nicht vollständigen Schutz bietet, mäfsigt bedeutend die Gefahr der Infektion. In fünf Fällen waren in der Beobachtungsabteilung wenigstens 65 Patienten, davon waren fünf Infektionen. Jedenfalls eine viel geringere Zahl als zuvor, da das Boxsystem noch nicht angewendet war. Der Vergleich mit der inneren Abteilung, wo das Boxsystem nicht eingeführt ist, zeigt den Unterschied.

Hier erkranken 31 von 95 Kindern infolge von Einschleppung. Am wichtigsten ist die rasche Isolierung. Und wenn schon das Leiden in die Abteilung verschleppt worden ist, müssen nicht nur die Patienten, sondern auch die nächsten Bettnachbaren isoliert werden. Um den Patienten ist eine 5—6 m breite gefährliche Zone, über die hinaus sich die Gefahr der Infektion nicht erstreckt. Wenn sich die Infektion unter Bettlägerigen verbreitet hat, häufen sich die Fälle auf der Seite des Krankensaales wo die Fenster sind und wo der Luftzug das Weiterverbreiten der Krankheit gefördert hat. — In zwei Fällen beobachtete Verfasser ein 16- bzw. 18tägiges Inkubationsstadium. Aufser diesen aufsergewöhnlichen Fällen wurde noch zweimal ein 14-, einmal ein 15tägiges Inkubationsstadium beobachtet, ohne dafs Symptome vorhanden gewesen wären. Das von LANGER beschriebene Verfahren erprobte der Verfasser. Er verhinderte nicht das Auftreten von fünf Masernfällen. Alle fünf Kinder waren schon zur Zeit der von ALESCH ausgehenden Infektion da und erkrankten nicht. Jetzt aber erkrankten sie trotz der Perhydroleinatmungen (s. auch *Wien. klin. Wochenschr.* 1909, Nr. 48).

Poross-Budapest.

Eine Hypothese zur Erklärung des Masernexanthems, von P. SITTLER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 52.) Das Masernexanthem läfst sich erklären als die Reaktion der Haut auf gewisse vermittelst Bakterien in das Blut eingeführte Toxine analog dem sog. Serumexanthem. An den Schleimhäuten der oberen Luftwege von Masernkranken und in dem durch Husten oder Blasen entleerten Sekret fand S. regelmäfsig einen dem Staphylococcus albus durchaus analogen Mikroorganismus, der sich aber von dem gewöhnlichen Staphylococcus durch seine Agglutinationsfähigkeit dem Blutserum von Masernkranken gegenüber präzise unterscheidet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur pathologischen Anatomie und zur Mikrobiologie der Masern, von CARMELO CIACCIO-Palermo. (*Virchows Arch.* Bd. 199, Heft 2 und 3.) Die histopathologischen Untersuchungen des Verfassers an acht Masernleichen ergaben das Vorhandensein von Läsionen an den blutbildenden Organen, an Leber, Nebennieren und Lunge. Die Konstanz dieser Läsionen läfst den Verfasser annehmen, dafs das ätiologische Agens der Masern auf diese Organe eine überwiegende Wirkung besitzt, welche zur Insuffiziens der Leber und Nebennieren führt.

Bei fast sämtlichen acht Fällen fand C. in den inneren Organen einen Bacillus von 5—7 μ Länge und 1 μ Durchmesser. Er färbt sich leicht mit den gewöhnlichen Anilinfarben, verträgt Gram und ist nicht säureresistent. Die Färbung auf Sporen ist negativ ausgefallen. Niemals fand C. diesen Bacillus in der Haut. *Schourp-Danzig.*

Rechtsseitige Serratuslähmung im Anschlufs an Masern, von G. BERTRAND und M. CHAILLY. (*Presse méd.* 1909. Nr. 69.) Ein 21jähriger Soldat bekommt einen Monat nach Ausbruch der Masern, die ohne Komplikation verliefen, eine typische Serratuslähmung mit Parese des Trapezius und des hinteren Kopfes des Deltoideus.

Gunsett-Strafsburg.

Einwirkung von Masern auf Psoriasis vulgaris, von JOSEF K. FRIEDJUNG-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Bei einem vierjährigen Mädchen, das seit zwei Jahren an ungewöhnlich schwerer Psoriasis universalis litt, fielen im Verlaufe einer durch Pneumonie komplizierten Masernerkrankung die Schuppen in grofser Menge ab, es blieben von der Psoriasis nur zahlreiche Pigmentflecke zurück. In den seitdem vergangenen zwölf Jahren sind nur noch ab und zu vereinzelte Psoriasiseruptionen aufgetreten, die bei Chrysarobinbehandlung rasch wieder verschwanden, von dem schweren Zustande, der vor der Masernerkrankung bestanden hatte, ist das Kind befreit geblieben. FR. meint, dafs dieser von ihm und von RUBENS (*Dtsch. med.*

Wochenschr. 1910. Nr. 8) beobachtete Heilungsvorgang vielleicht auch künstlich durch ein mittelst wiederholter Seruminjektionen provoziertes Exanthem herbeigeführt werden könnte. *Göts-München.*

Ätiologie des Scharlachs, von ALFRED HAND-Philadelphia.

Kommunale Kontrolle des Scharlachs, von M. OSTHEIMER-Philadelphia.

Die Komplikationen des Scharlachs, von S. S. WOODY-Philadelphia.

Schwierigkeiten in der Diagnose des Scharlachs, von J. F. SCHAMBERG-Philadelphia.

Die Behandlung des Scharlachs, von D. J. M. MILLER-Philadelphia. (*Arch. of Pediatrics.* Dez. 1909.) HAND erörtert kurz das Für und Wider der Spezifizität der Streptokokkenbefunde, ohne sich für die eine oder andere Seite zu entscheiden.

OSTHEIMER bespricht die in Philadelphia in Geltung stehenden Bestimmungen: Jeder Fall ist dem städtischen Gesundheitsamt zu melden; in jedem Falle, der nicht in Hospitalbehandlung überführt wird oder in dem die Isolation innerhalb des Hauses nicht genügend erscheint, wird das Haus polizeilich abgesperrt. Die Recherchen des damit betrauten Beamten erstrecken sich bis in die von den Hausinsassen besuchten Schulen, Werkstätten u. dgl., vor allem auch in die Molkereien, aus denen im Hause Milch bezogen wird.

WOODY bespricht kurz sämtliche Komplikationen bis zum retropharyngealen Abscefs und der häufig nachfolgenden chronischen „Rhinorrhoea".

SCHAMBERG weist nachdrücklich auf die Scharlachfälle hin, die andere Affektionen begleiten; er hat Scharlach öfter bei Hautverbrennungen gesehen.

Aus MILLERS Ausführungen sind die täglichen Abwaschungen, die er empfiehlt, hervorzuheben; im übrigen geht er besonders auf die Behandlung der Komplikationen ein. *W. Lehmann-Stettin.*

Verschiedenes.

Personalia. An der Universität zu Klausenburg hat sich Dr. FRANZ V. VERESS als Dozent für Dermatologie habilitiert.

Über das Wort Demodex, von J. HIRSCHBERG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 10.) Ableitung von dem seltenen δημός = Fettschicht, Fett und δήξ = Bohrwurm, gleichfalls selten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über ein neues urologisches Instrumentarium vereinfachter Konstruktion, von GORODISCHTSCH. (*Praktitscheski Wratsch.* 1910. S. 352 und 372.) Verfasser beschreibt einige, auf seine Veranlassung hergestellte, billige Instrumente zur urologischen Untersuchung, so einen Mikrotransformator für Endoskopie, welchen die Petersburger Firma Veritas für 12 Rbl. herstellt, ferner eine transportable Batterie und einen billigen Untersuchungstisch zu 20—25 Rbl. von der Firma Martens in Petersburg. *Arthur Jordan-Moskau.*

Hat das Sublimat eine Wirkung auf die WASSERMANNsche Reaktion? von G. SATTA und A. DONATI-Turin. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) S. und D. schliefsen sich auf Grund erneuter eingehender Untersuchungen der Auffassung von BRUCK und STERN an, die gegen den Schlufs, dafs Sublimat in vitro die WASSERMANNsche Reaktion hemme, den Einwand erhoben hatten, dafs die mit Sublimatzusatz beobachtete Hämolyse lediglich dem Sublimat und nicht dem Komplement zuzuschreiben sei. *W. Lehmann-Stettin.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. No. 6. 15. September 1910.

Aus der dermatologischen Abteilung der Turiner Stadtpoliklinik „Umberto I."
Vorst. Prof. Dr. G. PICCARDI.

Metastatisches Angioma senile und seine Beziehungen zum sogenannten Sarcoma KAPOSI.[1]

Von

Dr. G. PICCARDI, Dozent.

Mit sieben Abbildungen im Text.

W. PICK (1) hat vor kurzem unter der Bezeichnung Angioma senile zwei Fälle von kleinen, multiplen angiomatösen Tumoren beschrieben, welche fast ausschliefslich in dem unteren Abschnitt der linken Hinterhauptgegend lokalisiert waren und in histologischer Hinsicht, obwohl der eine Fall bedeutende Unterschiede vom anderen aufwies, im grofsen und ganzen aus einer Wucherung der Gefäfsendothelien bestanden, welche zur Neubildung von mehr oder minder atypischen Kapillaren geführt hatte. Demzufolge betrachtet PICK diese Geschwülste als eine besondere Form von Endotheliomen, durch Metastase hervorgegangen aus Resten von embryonären Keimen, welche er bei der mikroskopischen Untersuchung in Form äufserst kleiner, klinisch nicht wahrnehmbarer Angiome nachgewiesen zu haben glaubt.

Die Wichtigkeit dieser Beobachtungen, welche besonders aus der Beschreibung der histologischen Strukturdetails hervorgeht und nur gewürdigt werden kann, wenn man die ganze Arbeit durchliest, besteht darin, dafs der Verfasser einige Fragen, welche schon lange in der Dermatologie und der pathologischen Anatomie diskutiert werden, unter einem neuen Gesichtspunkt ins Auge fafst und den Weg zu einer möglichen Lösung derselben zeigt.

Es schien mir deshalb von Interesse, einen ähnlichen von mir beobachteten Fall zu berichten, um so mehr, als derselbe durch gewisse histo-

[1] Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. RÜHL-Turin.

logische Einzelheiten einige Ideen Picks bestätigt, die dieser nur als Hypothesen hingestellt hatte, besonders das Vorkommen von Metastasen aus diesen gewöhnlich für gutartig gehaltenen Tumoren.

Ich schreite ohne weiteres zur Beschreibung meines Falles:



Fig. 1.

C. P., 65 Jahre alt, Obsthändler, verheiratet, mit Kindern. Vater starb in einer Irrenanstalt; Mutter starb an einem Brustkrebs. Ein Bruder starb 77jährig an einer Magengeschwulst, der andere im Alter von 66 Jahren an Lungenschwindsucht; die einzige Schwester lebt, ist aber höchstwahrscheinlich auch tuberkulös. In der Familie hat niemand an Hautkrankheiten gelitten. Patient, dessen Frau lebend und gesund ist, hat elf Kinder gehabt; davon starben zwei im ersten Lebensjahr und zwei im Alter von $2^1/_2$ Jahren an Kinderkrankheiten, und zwei im Alter von sechs Jahren an Meningitis; die überlebenden sind gesund, mit Ausnahme einer Tochter, welche an Lupus pernio auf den Wangen und den Ohrmuscheln leidet. Patient ist nie ernstlich krank gewesen; hat vor der jetzigen nie Hautkrankheiten gehabt; kann angeblich Syphilis mit Sicherheit ausschliefsen; hat während des Militärdienstes Harnröhrentripper gehabt; trinkt mäfsig und raucht nicht.

Im April 1907 empfand er starken Juckreiz am Scrotum und sah zu dieser Zeit an demselben kleine, hirsekorn- bis erbsengrofse, violettbläuliche, meistens gruppenweise vereinigte oder zu höckerigen Knoten zusammenfliefsende Geschwülstchen auftreten, welche allmählich zahlreicher wurden



Fig. 2.

1 u. 2. Primäre, $2^1/_2$ Jahre alte Knötchen am Scrotum.

und schliefslich fast das ganze Scrotum durchsetzten, welches inzwischen ödematös geworden war. Dem Juckreiz gesellte sich zu dieser Zeit ein starkes Brennen und Schmerzen beim Gehen hinzu und einige Knötchen wurden wund, mit sezernierender Oberfläche. Patient empfand eine gewisse Erleichterung, wenn er ein Knötchen mit einer Nadel aufstach, wobei ein Bluttröpfchen heraustrat. Im Laufe der Zeit verschwanden einige Knötchengruppen spontan, während hin und wieder neue auftraten. Dieselben blieben aber stets auf die skrotale und perineale Gegend beschränkt.



Fig. 3.

Patient wurde damals von mehreren Ärzten nacheinander mit Kauterisierungen (Thermokauter), Elektrolyse, Salben, lokalen Bädern mit Sublimat usw. behandelt, aber ohne Erfolg. Später verschwand ein grofser Teil der Knoten spontan, während eine nufsgrofse Knotengruppe und einzelne (zwei bis drei) isolierte Knötchen am Scrotum noch bis heute weiter bestanden. Zu gleicher Zeit mit dem Verschwindender meisten Knoten hörten auch die lokalen subjektiven Störungen gänzlich auf.



Fig 4.

Fig. 3 u. 4. Sekundäre, 1 Monat alte, zosterartig angeordnete Knötchen.

Anfang September 1909 beobachtete Patient eine neue Eruption von ähnlichen Knoten in der rechten Seitengegend des Thorax, welche in verschiedenen, fast tagtäglichen Poussées auftraten und von mehr oder minder starken Schmerzen in der Gegend begleitet waren. Patient stellte sich in unserer Abteilung der Poliklinik am 3. November 1909 vor. Von diesem Tage stammt folgender

Status praesens. Kräftiger Mann mit regelmäfsigem Skelettbau und gut entwickelter Muskulatur; Unterhautfettgewebe ziemlich stark entwickelt. Keine nachweisbare Veränderung innerer Organe. Patient klagt über Appetitlosigkeit und über lanzinierende Schmerzen in der linken Seite, welche sich unter Druck steigern, so dafs er gezwungen ist, auf der rechten Seite zu schlafen.

Die Hauptläsionen der Haut befinden sich auf der linken Brustbauchgegend in einer Zone, welche sich nach oben bis zum 6. Zwischerippenraum, nach unten bis zwei Finger breit unterhalb des Rippenbogens, nach vorn bis zu einem Finger breit aufserhalb der L. mammillaris und nach hinten bis ungefähr drei Finger breit von der Körpermittellinie ab erstreckt. Das Maximum der Läsion entspricht der vorderen und hinteren L. axillaris, während sie nach vorn und rückwärts abnimmt. Im grofsen und ganzen scheinen die Läsionen dem Verlauf der Rippen und der Zwischenrippenräume zu folgen.

Die Eruption besteht aus stecknadelkopf- bis kichererbsengrofse, von der umgebenden Haut deutlich abgegrenzten Knötchen. Einige erheben sich kaum über das normale Hautniveau; andere ragen um 4—5 mm hervor und sind deutlich hemisphärisch; einige wenige neigen dazu, gestielt zu werden. Man findet aber auch solche, die gar nicht erhaben sind, sondern sich durch die bläuliche Farbe, welche sie der überliegenden Haut verleihen, und dadurch kundgeben, dafs sie bei der Abtastung eine gröfsere Konsistenz aufweisen, ähnlich wie tief im Derma oder im Hypoderma liegende Schrotkörner. Mehrere Knötchen erscheinen isoliert; die meisten sind jedoch zu Gruppen vereinigt oder fliefsen zusammen, so dafs eine Art Traube oder ein gröfserer höckeriger Knoten entsteht, welcher um etwa 1 cm über die Haut hervorragt. Die Knötchen haben im allgemeinen eine rotviolette Farbe mit verschiedenen Nuancen, vom Hellrot, in den kleinen und jüngeren Knötchen bis zum Dunkelrot, in den älteren isolierten Knötchen und in den Massen gröfserer Knoten. Über den tiefen Knötchen hat die Haut eine bläuliche Farbe, ähnlich derjenigen der durch die Haut durchscheinenden subcutanen Venen. Die Knötchen sind von meistens intakter, gespannter, glatter, glänzender Haut überzogen, so dafs man stellenweise meinen würde, sie enthielten Flüssigkeit; bei der Abtastung weisen sie aber eine elastisch harte Konsistenz auf, viel härter als diejenige der gewöhnlichen Bläschen. Dabei fühlt man auch, dafs sie glatt umschrieben, tief gelegen und nicht unter der Haut verschiebbar, sondern zusammen mit dieser beweglich sind; durch Druck gelingt es, ihr Volumen teilweise zu verringern, ohne jedoch ihre Farbe bemerkbar zu verändern. Wenn man sie selbst tief aussticht, erhält man nur ein Tröpfchen Blut von normalem Aussehen. Nur ein erbsengrofser, an seiner Basis etwas eingeschnürter Knoten ist von einer trockenen schwärzlichen Borke bedeckt.

In der Umgebung der Eruption ist die Haut etwa zwei Finger breit etwas ödematös und weist eine schwache gelbliche ekchimotische Verfärbung auf. Die Sensibilität der Haut ist über den Knoten und in der Umgebung normal. Dagegen ist die Gegend besonders entsprechend den Effloreszenzen auf Druck schmerzhaft. Patient klagt ferner über starke spontane stechende Schmerzen, welche jede Stunde oder halbe Stunde auftreten und wieder nach kurzem verschwinden.

Am Scrotum beobachtet man links einen walnufsgrofsen Knoten, durch Vereinigung mehrerer linsen- bis kichererbsengrofsen Knötchen entstanden. Man findet ferner einzelne isolierte Knötchen, sowohl rechts wie links, bis zum Pubes hin. Diese Knötchen haben dieselbe Farbe wie diejenigen am Thorax, sind aber weniger elastisch, härter, können nicht zusammengedrückt werden. Sie sind sowohl spontan wie auf Druck schmerzlos. In dieser Gegend beobachtet man auch achromische Flecke, von der Gröfse einer 1 Centime-Münze, welche verschwundenen Knötchen entsprechen.

Aufser den beschriebenen sind keine weiteren Veränderungen der Haut nachweisbar; Hände und Füfse, welche sorgfältig untersucht wurden, und ebenso die Schleimhäute, waren normal.

Die Lymphdrüsen sind im allgemeinen normal, mit Ausnahme der Leistengegend, wo man an beiden Seiten einen haselnufsgrofsen Lymphknoten abtasten kann.

Der Harn ist klar, strohgelblich, reagiert sauer, enthält weder Eiweifs noch Zucker; spezifisches Gewicht 1007.

Blutbefund: Hämoglobin (nach FLEISCHL) 80, rote Blutkörperchen 3900000, weifse Blutkörperchen 24300. Leukocytenformel: neutrophile Leukocyten 44%, eosinophile 2%, basophile 1%; kleine und mittlere Lymphocyten 43%, grofse Uninukleäre und Übergangsformen 10%.

Verlauf. Nachdem einige Knötchen aus der Haut des Scrotums und des Rumpfes zwecks histologischer Untersuchung exzidiert worden waren, wurde am 15. November 1909 die Kur eingeleitet, bestehend in täglichen Einspritzungen von arseniger Säure in löslicher Form nach NEISSERS Formel (lösliche arsenige Säure 0,5, Karbolsäure 1,5, destilliertes Wasser 50,0), wobei mit 5 mg begonnen und allmählich die tägliche Dosis auf 10 mg erhöht wurde.

Am 22. und 23. November wurden die am meisten hervortretenden Knoten mit einer 15 Minuten langen Röntgenbestrahlung (Strahlen 5—6 BENOIST) behandelt.

17. November. Es sind einige neue stecknadelkopfgrofse Knötchen aufgetreten; die früheren sind etwas vergröfsert. Es wird ein kleiner, im Entstehen begriffener Knoten zur histologischen Untersuchung exzidiert.

23. November. Die Schmerzen, welche vorher besonders während der Nacht intensiv wurden, haben bedeutend abgenommen; ebenso das Stechen, welches Patienten am Tage quälte. Der Allgemeinzustand ist etwas gebessert, der Appetit vermehrt, die Hautläsionen stationär.

29. November. Die Schmerzen sind fast verschwunden; Patient kann ruhig schlafen. Die Knoten am Rumpf haben die Tendenz, sich abzuflachen; diejenigen am Scrotum sind stationär. Keine neue Eruption.

15. Dezember. Die Schmerzen haben gänzlich aufgehört. Die Knoten am Rumpf flachen sich immer mehr ab und nehmen eine dunkelblaue Farbe an.

30. Dezember. Fast alle Knoten am Rumpf sind verschwunden und haben an ihrer Stelle schieferschwärzliche Flecke hinterlassen. Auch die Knoten am Scrotum haben beträchtlich an Volumen abgenommen.

10. Januar 1910. Die Einspritzungen von Arsen werden ausgesetzt, weil Patient Erscheinungen von Intoleranz aufweist: Übelkeit, Durchfall, Leibschmerzen. Er erkrankt ferner an Bronchitis, wegen welcher er im Bett liegen mufste.

15. April. Patient stellt sich wieder vor, weil mehrere neue Knötchen, im ganzen etwa 20, am Rumpf aufgetreten sind. Diese stecknadelkopf- bis erbsengrofsen Knoten weisen die gewöhnlichen Charaktere auf; einige ragen über der Haut hervor, andere sind wie in dieselbe eingesenkt, einige isoliert, andere gruppenweise vereinigt. Dieses Mal erreichen einige Knötchen hinten die Körpermittellinie und überschreiten dieselbe um einen Finger breit; unten erstrecken sie sich bis zu zwei Finger breit vom Darmbeinkamm. Die Gegend ist leicht ödematös, aber weder auf Druck noch spontan schmerzhaft. Patient empfindet hingegen einen heftigen Schmerz an einer Stelle, wo ein Knötchen exzidiert worden ist, obwohl die Vernarbung in normaler Weise vor sich geht. Es wird wieder zu den Einspritzungen von Arsen (5 mg täglich) geschritten. Es wird ein sich im Anfangsstadium befindendes Knötchen und ein Stück pigmentierter Haut an einer Stelle wo früher ein jetzt resorbierter Knoten safs, exzidiert.

25. April. Die Bildung von Knötchen scheint aufgehört zu haben; die vorhandenen beginnen sich abzuflachen. Patient klagt aber über allgemeines Unwohlsein und Schmerzen an den Beinen.

16. August. Es hat eine neue Eruption von Knötchengruppen in der rechten antero-lateralen Thoraxgegend und auf der inneren Fläche des rechten Schenkels statt-



Fig. 5.
Knötchen aus der Thoraxgegend, in voller Entwicklung (unter geringer Vergröſserung).

gefunden. Die Gruppen weisen die gewöhnlichen Charaktere auf; einige von ihnen haben jedoch die Form kleiner, 1—2 cm langer und 2—3 mm breiter, etwas erhabener Stränge, welche sich hart anfühlen, eine bläuliche Farbe haben und mit anscheinend normaler Epidermis bedeckt sind. Es handelt sich augenscheinlich um durch Wucherung der Wandungen vergröſserte und infiltrierte präexistierende Gefäſse oder um eine echte Neubildung von Gefäſsen.

Histologischer Befund. Zur histologischen Untersuchung wurden, wie wir gesehen haben, mehrere Stücke in verschiedenen Entwicklungsstadien und aus verschiedenen Gegenden herausgeschnitten, nämlich: 1. zwei stecknadelkopfgroſse, seit zwei oder drei Tagen in der linken Thoraxgegend aufgetretene Knötchen; 2. ein Stück aus dem peripheren Abschnitt einer Gruppe von etwa zwei Monate alten Knötchen in derselben Gegend; 3. ein Stück stark pigmentierter Haut entsprechend einer infolge der Arsenkur verschwundenen Knötchengruppe in derselben Gegend; 4. ein bohnengroſses, mehrere Monate altes Knötchen aus dem Scrotum. Bei jeder Exzision wurde auch ein Stück gesunde Haut mit herausgeschnitten, um einen Vergleich mit den krankhaften Geweben anstellen zu können.



Fig. 6.
Randteil eines vollentwickelten Knötchens; man sieht ein Gefäſs mit wucherndem Endothel und weiten, mit normalem Blut gefüllten und von Spindelzellenbündelchen durchzogenem Lakunen.

Wenn man ein solches Knötchen mitten durchschneidet, sieht man auf der Schnittfläche, daſs es von dem gesunden Gewebe deutlich abgegrenzt ist; es hat eine dunkelrote Farbe und besteht aus einem mit Blut gefüllten Netzgewebe. Die Stücke wurden fixiert in Alkohol, in der Flemmingschen Flüssigkeit und Müller-Formol. Von einem Knoten aus dem Scrotum wurde der eine Teil in Alkohol und der andere

in MÜLLER-Formol fixiert. Es wurden die gewöhnlichen Kern- und Protoplasmafärbungen angewendet, und zwar hauptsächlich: Hämalaun, Eosin, VAN GIESONS und und MALLORYS Verfahren für das Bindegewebe, das Polychromblau und das PAPPENHEIM-UNNAsche Verfahren für die Plasmazellen und die Mastzellen, die UNNA-TAENZERsche Methode für die elastischen Fasern, die PIERLASsche Reaktion zum Nachweis des Blutfarbstoffes usw.

Es sei zunächst hervorgehoben, daſs die Struktur der Knötchen im anfänglichen Stadium nicht erheblich von derjenigen der schon ziemlich entwickelten Geschwülstchen abweicht. An der Peripherie der letzteren sieht man eine Zone lebhafter Wucherung, welche dem Beginn der Neubildung entspricht. Etwas verschieden erscheint die Struktur der stationären Knötchen (Scrotum), obwohl sich der gemeinsame Ursprung erkennen läſst. Eine gröſsere Verschiedenheit weist, was übrigens leicht begreiflich ist, die Haut an den Stellen auf, wo die Knötchen abgeflacht sind. Es scheint mir jedoch angebracht, die verschiedenen Stadien der Krankheit zu beschreiben.

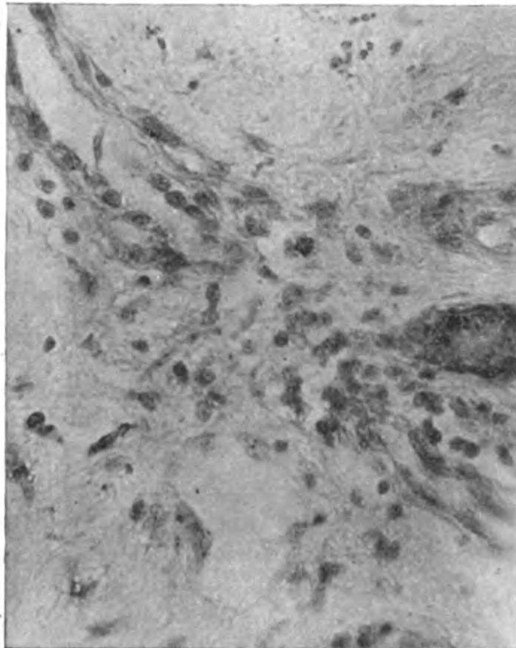


Fig. 7.
Knötchen aus der Thoraxgegend im Anfangsstadium der Entwicklung. Die Figur stellt einen Punkt in der Nähe des bereits aus Spindelzellen gebildeten Knötchens dar. Man sieht ein Kapillargefäſs, in welchem das aus groſsen runden oder Spindelzellen bestehende Endothel sich zu mehreren Schichten anordnet und somit in der Dicke der Wandung des Gefäſses selbst neue vaskuläre Höhlen bildet. An einer Stelle beobachtet man eine in Karyokinese begriffene und in das Lumen des Gefäſses hineinragende Endothelzelle (Koristka, Obj. homog. Imm. 1/15, Ok. 4 komp.).

Anfangsstadium. Die Alteration besteht aus Knötchen, welche den oberflächlichen Teil des Dermas einnehmen und sich fast bis zur Papillarschicht erstrecken. Dieselben haben eine unregelmäſsige runde Form; an einigen Stellen sind sie durch eine Verdichtung von Bindegewebsbündeln umschrieben, welche rings um die einzelnen Knötchen konzentrisch angeordnet sind; an anderen Stellen gehn sie ohne scharfe Grenzen in das gesunde Gewebe über. Die Papillen und die interpapillaren Zapfen über den Knötchen sind durch letztere komprimiert und im zentralen Teile abgeflacht, so daſs die Epidermis auf eine gleichmäſsige dünne Schicht reduziert ist, welche aus vier bis fünf Lagen abgeplatteter Zellen besteht.

Die Hornschicht ist etwas abgeschilfert; im übrigen findet man weder Hyper- noch Parakeratosis.

Diese Knoten bestehen aus groſsen Spindelzellen, welche, indem sie sich in verschiedener Weise vereinigen, die Entstehung von mehr oder minder weiten Lücken und von langen und schmalen Kanälchen bewirken, in welchen man die normalen Elemente des kreisenden Blutes vorfindet. Auf die Form und die Anordnung dieser Zellen, welche das Gerüst der Neoplasie bilden, werden wir bei der Besprechung der vollentwickelten Knötchen näher eingehen. Hier sei nur hervorgehoben, daſs bereits in diesen wenige Tage alten Knötchen der zentrale Teil bedeutend gelockert erscheint; die Zellen behalten noch die spindelartige Gestalt bei, sind aber sehr ab-

geplattet und verlängert; das Protoplasma ist fast verschwunden und die Zellen zeigen an ihren Enden lange Ausläufer, welche sich ineinanderflechten und feines weitmaschiges Netzwerk bilden. In der Umgebung des Knötchens, welches die Hauptalteration bildet, beobachtet man, bald in Kontinuität mit demselben, bald mehr oder minder entfernt von ihm, zahlreiche Blutkapillaren, gebildet aus zwei oder mehreren Schichten spindelförmiger oder rundlicher Endothelzellen, mit groſsem eiförmigen vesikulösen Kern mit deutlich sichtbarem Chromatinnetz, welche denjenigen, die an der Zusammensetzung des Knötchens teilnehmen, sehr ähnlich sind. An mehreren Stellen sieht man auf den Wänden dieser Kapillaren solche Zellen sich derart anordnen, daſs sie mit Blut gefüllte Räume bilden. An einigen Stellen ist es mir gelungen, im Innern des Gefäſslumens (Fig. 7) einzelne in Karyokinese begriffene Zellen zu sehen. Bei der Untersuchung unter geringer Vergröſserung meint man in der Umgebung dieser Gefäſse eine Zelleninfiltration zu sehen, ähnlich derjenigen der entzündlichen Prozesse; bei stärkerer Vergröſserung sieht man aber deutlich, daſs die die Gefäſse umgebenden Zellen meistens eine spindelartige Form haben, und auch diejenigen, welche mehr oder weniger rund erscheinen, erkennt man als identisch mit jenen, besonders auf Grund der Charaktere des Kerns.

Es handelt sich augenscheinlich um mehr oder minder senkrecht, in der Höhe ihres Kerns durchschnittene spindelförmige Zellen. In den nach Pappenheim oder Pappenheim-Unna gefärbten Präparaten beobachtet man zwischen diesen Elementen einzelne Plasmazellen. Nie habe ich dagegen solche Zellen auf der Innenfläche der Gefäſse, noch auch in direkter Beziehung zum zirkulierenden Blute beobachtet. Ich muſs jedoch bemerken, daſs das Protoplasma vieler spindelförmiger Zellen eine mehr oder minder intensiv rosige Farbe annimmt, ähnlich derjenigen der Epithelzellen der Epidermis; dieselbe ist aber nie so intensiv wie diejenige der echten Plasmazellen und ferner erscheint das Protoplasma der spindelförmigen Zellen nie so deutlich granulös. An einigen Zellen sieht man auch einzelne Mastzellen, ohne irgend welche Beziehung zum neoplastischen Knoten und zu den Blutkapillaren.

An der Peripherie des Hauptknötchens beobachtet man weite, rundliche, eiförmige oder rautenförmige Lakunen, gefüllt mit Blut und umgeben von einer oder zwei Schichten sehr langer Spindelzellen; welche dadurch, daſs ihre Fäden sich vereinigen oder aneinanderfügen, eine kontinuierliche Wand bilden, von welcher mehrfach einige Zellen ausgehen und eine Scheidewand in der Höhle bilden. Auch bei diesen dünnen Wänden kann man zuweilen sehen, daſs da, wo sie aus zwei Reihen von Zellen bestehen, diese mit der konkaven Seite einander zugewendet angeordnet sind und somit einen kleinen Raum bilden, in welchem man normale Blutelemente vorfindet.

Ferner beobachtet man sowohl in der nächsten Umgebung des Knötchens, wie etwas entfernt von demselben eine Infiltration des Coriums mit Blutpigment in Form von Körnchen und Klümpchen verschiedener Gröſse.

Vollentwickelte Knoten. Ein Stück Haut, welches eine Gruppe von völlig entwickelten Knötchen einfaſst und im ganzen die Gröſse einer Kichererbse erreicht, weist folgende Veränderungen auf: Im zentralen Teil beobachtet man ein groſses, auch makroskopisch sichtbares Knötchen, welches die Gröſse einer Linse erreicht, halb im Derma vertieft liegt und halb über das Hautniveau hervorragt; die Epidermis überzieht das Knötchen vollständig und ist infolgedessen komprimiert und gespannt, sodaſs sie in dem hervorragendsten Teil infolge der Abflachung der Papillen und der interpapillären Zapfen auf einen gleichmäſsigen Streifen reduziert ist, während ringsum die Papillen und die Zapfen bedeutend verlängert und schräg, von oben nach unten und vom Zentrum des Knötchens nach der Peripherie desselben angeordnet sind. In der Umgebung des Hauptknötchens sieht man weiter zwei oder drei mit demselben

mehr oder minder vollständig zusammengeschmolzen; das Hauptknötchen erscheint übrigens auch in seiner zentralen Masse aus der Vereinigung mehrerer kleinerer Knötchen gebildet. Auch entfernt von gröfseren Knoten beobachtet man hier und da, in den oberflächlichen und tieferen Schichten des Coriums verteilt, andere verschieden grofse (Durchmesser 1—2—3 mm) Knötchen. Neben diesen mehr oder minder scharf umschriebenen Knötchen findet man auch hier, in der Umgebung der Knötchen und zwischen denselben, das, was wir vorläufig als perivasale Infiltration bezeichnen wollen und was, wie wir im weiteren sehen werden, das erste Anfangsstadium der Neubildung darstellt.

Sowohl die kleineren wie die gröfseren Knötchen erscheinen aus einem Geflecht von Spindelzellen gebildet, welche, indem sie bald sich bündelweise vereinigen, bald sich reihenweise oder kreisförmig anordnen, bald durch ihre Ausläufer in Berührung kommen, Kanälchen, Lakunen oder Höhlen bilden, welche stets mit normalen Blutelementen gefüllt sind. An einigen Stellen der neoplastischen Masse sind diese Zellen in konzentrischen Schichten angeordnet und bilden die kleineren Knötchen, welche zusammen den Hauptknoten bilden.

Die Knötchen haben im allgemeinen keine scharfen Grenzen. Sie scheinen zwar an einigen Stellen durch eine Schicht von abgeplatteten und länglichen, bindegewebsähnlichen Zellen vom umgebenden Gewebe getrennt, meistens besteht aber die periphere Zone aus weiten Blutlakunen und -kapillaren, umgeben von spindelförmigen oder rundlichen Zellen, oder von kleinen Gruppen solcher Zellen, welche zwischen die Bindegewebsbündel eindringen mit der Tendenz, sich reihenweise oder kreisartig anzuordnen und somit gewissermafsen den Ansatz zu kleinen Gefäfsen zu bilden. Im oberen Teil ist der gröfsere Knoten durch einen dünnen Streifen von Bindegewebe, welches reich an Blutkapillaren und an erweiterten Lymphräumen ist, von der Epidermis getrennt.

In der Umgebung der Knötchen beobachtet man auch eine bedeutende Menge von Blutpigment in Form von Körnchen verschiedener Gröfse. Die Zellen, welche den Hauptbestandteil der Geschwulst bilden, kann man in ihrer vollständigen Entwicklung und in ihrer natürlichen Form im peripheren Teil der Knötchen beobachten, wo sie noch keinem degenerativen Prozefs anheimgefallen und nicht durch die gegenseitige Kompression deformiert sind. Es sind grofse, 35—40 μ lange und 7 μ breite Spindelzellen; der zentrale Teil derselben ist fast gänzlich durch einen grofsen, eiförmigen, vesikulösen Kern mit deutlich sichtbarem Chromatinnetz und mit zwei oder drei Nucleoli ausgefüllt. In diesen Zellen trifft man zahlreiche Karyokinesen in ihren verschiedenen Stadien an.

Wenige Zellen jedoch haben ihre natürliche Form beibehalten. Bei ihrer üppigen und intensiven Vermehrung haben sie stets die Neigung, Kanälchen oder Lakunen zu bilden; sie werden aber infolge der gegenseitigen Kompression dünn und aufserordentlich lang gestreckt und ordnen sich zu konzentrischen Schichten an, zwischen welchen man hier und da einzelne Reihen von roten Blutkörperchen beobachten kann.

Die genannten Zellen erfahren ferner im zentralen Teil des Knötchens einen Entartungsprozefs, infolgedessen der Kern sich weniger deutlich färbt und das Protoplasma sich zu dünnen Fäden reduziert, welche sich ineinander verflechten und ein dünnes Netzwerk bilden.

Im zentralen Teil anderer Knötchen beobachtet man ein kleines Gefäfs mit wuchernden und zu verschiedenen konzentrischen Schichten angeordneten Endothelien, und mit sehr reduziertem, zuweilen fast gänzlich verstopftem Lumen. Auch hier beobachtet man rings um die Knötchen Blutkapillaren, umgeben von Spindelzellen, welche augenscheinlich von ihrem Endothel abstammen und immer derart angeordnet

sind, dafs sie neue Getäfse bilden; so beobachtet man an gewissen Stellen ein Gewirre von Kapillaren, welche, da sie bald der Länge nach, bald quer, bald schräg durchschnitten sind, aus verschiedenartigen Zellen gebildet erscheinen, während man sich bei genauerer Besichtigung leicht überzeugen kann, dafs es sich immer um die genannten Spindelzellen handelt.

In der Umgebung dieser in Wucherung begriffenen Gefäfse beobachtet man jedoch oft auch andere Elemente, so dafs man an eine perivasale Infiltration denken könnte. Durch geeignete Färbungen erkennt man, dafs viele dieser Elemente typische Plasmazellen, andere hingegen kleine Rundzellen sind, welche oft, indem sie sich zu zweien oder dreien kreisförmig anordnen, embryonäre Gefäfschen bilden. Man kann auch nicht ausschliefsen, dafs sich zwischen den genannten Elementen Lymphocyten oder Adventitialzellen befinden, welche, wie es meistens bei bösartigen Geschwülsten der Fall ist, eine Reaktion des Gewebes gegen die Invasion der Neoplasie darstellen. Eine beträchtliche Anzahl von Plasmazellen findet man auch in der Umgebung und im Inneren der gröfseren Knötchen; sie stehen aber nie in direkter Beziehung zu den Elementen des zirkulierenden Blutes. Hier und da findet man zwischen den Knötchen auch einzelne Mastzellen.

In der Umgebung der neoplastischen Massen ist das Bindegewebe zu konzentrischen Bündeln, reich an zusammengeprefsten und längeren spindelförmigen Elementen angeordnet. Ähnliche Bindegewebsbündel dringen auch in das Innere der Knötchen ein und dienen als Stütze der präexistierenden Gefäfse, aus welchen man den Ursprung der Neubildung ersehen kann, indem man deutlich sieht, wie das lebhaft wuchernde Endothel bald gegen das Gefäfslumen hin vordringt, bald sich konzentrisch nach aufsen hin anordnet. Zuweilen scheinen dünne Bindegewebsfäden die neugebildeten Spindelzellen zu begleiten. Ich mufs auch bemerken, dafs stellenweise die Gefäfslakunen im Bindegewebe ausgehöhlt erscheinen, ohne dafs man eine in Berührung mit den Blutelementen stehende Endothelschicht unterscheiden kann, während an anderen Stellen auf der Innenfläche eine Schicht von zusammengeprefsten und länglichen Zellen nachweisbar ist, welche ihrem Aussehen nach sich sehr den Bindegewebselementen nähern.

Im Inneren der Knötchen findet man keine elastischen Fasern oder höchstens einzelne Fasern oder Fasernfragmente in der Umgebung der Gefäfse mit geschichtetem Endothel, welche, wie wir gesehen haben, wahrscheinlich der Neubildung präexistierten. Sie sind hingegen an der Grenze der Knötchen sehr gut erhalten und folgen hier dem Verlauf der Bindegewebsbündel.

Geschwulst am Scrotum. Auch hier besteht die Alteration aus einem mitten ins Derma eingepflanzten Knoten, hauptsächlich gebildet aus spindelförmigen Elementen, welche in verschiedener Weise angeordnet sind und ein siebartiges Gewebe bilden, dessen Höhlen mit Blut gefüllt sind. Es fehlen hingegen die Alterationen der Blutkapillaren, welche wir in den vorigen Stücken gesehen haben. Ferner erscheinen die Knötchen besser von den umgebenden Geweben abgegrenzt und zwar durch ein fibrilläres Bindegewebe, welches ein feinmaschiges Netzwerk bildet, deren rautenförmige Maschen bald normale Blutelemente, bald Blutfarbstoff in Form von Körnchen verschiedener Gröfse enthalten. Auf den dünnen Bindegewebsfäden, welche das Netzwerk bilden, sieht man kleine eiförmige Kerne, welche wahrscheinlich Reste der Spindelzellen darstellen. Im Zentrum des Knötchens herrschen im allgemeinen die Spindelzellen gegenüber den Höhlen vor, während diese an der Peripherie zahlreicher und von einer Bindegewebswand umgeben sind, auf deren Innenfläche kleine dünne Endothelzellen angeordnet sind.

In den nach van Gieson gefärbten Präparaten sieht man, dafs in diesen Knötchen

das Bindegewebe in gröfserer Menge vertreten ist, als in den vorher beschriebenen Knötchen, während die Spindelzellen dünner, kleiner, an gewissen Stellen auf einen runden eingeschrumpften Kern reduziert, an anderen durchweg verschwunden sind, sodafs das Netzwerk ausschliefslich aus Bindegewebsbündeln gebildet erscheint. Viel spärlicher sind hier die Plasmazellen; dagegen trifft man viel häufiger Pigmenthäufchen an, besonders an der Peripherie, wo sie sozusagen eine kreisförmige Zone rings um das Knötchen bilden. Es sind häufig Mastzellen vorhanden.

Resorbierte Knötchen. In den Hautstücken, wo die Tumoren verschwunden sind, sind auch mikroskopisch keine wirklichen Knötchen mehr nachweisbar. An ihrer Stelle beobachtet man grofse Anhäufungen von Blutpigment, welche stets rings um Gruppen von Blutkapillaren angeordnet sind, die in verschiedener Weise ineinandergeschlungen und reich an spindelförmigen, zu zwei oder mehreren Reihen angeordneten Endothelzellen sind. Diese Reste der früheren Neubildung sind von einem kompakten Bindegewebe umgeben, in welchem man zahlreiche typische spindel- und sternförmige Bindegewebszellen beobachtet, von denen viele in ihren Protoplasmaausläufern Pigmentkörnchen enthalten.

Die Plasmazellen sind in diesen Stücken äufserst selten; die Mastzellen fehlen; hingegen ist das elastische Gewebe in grofser Menge vorhanden; es bildet ein Geflecht rings um die Pigmenthäufchen, dringt stellenweise mit einzelnen Fäden zwischen die letzteren, und vereinigt sich zu Knäulchen grofser Fasern zwischen den Pigmentschollen und der Epidermis.

Klinische Betrachtungen.

Da mein Fall eine grofse klinische und zum Teil auch histologische Ähnlichkeit mit den Fällen von W. Pick hat, so schien es mir zweckmäfsig, den von diesem Autor für diese Art Neoplasie vorgeschlagenen Namen: Angioma senile beizubehalten, obwohl ich weifs, dafs mit dieser Benennung bereits sehr differente Läsionen belegt worden sind. Um meinen Fall von diesen zu unterscheiden, habe ich die Bezeichnung: metastaticum beigefügt, welche auf den Hauptcharakter der Neubildung, nämlich auf die Metastasenbildung, hinweist, welche W. Pick in seinen Fällen vermutet und ich in dem meinigen mit Sicherheit nachgewiesen habe.

Den Namen: Angioma senile hat zuerst Dubreuilh (2) angewendet, um kleine hellrote Geschwülste zu bezeichnen, welche sich meistens bei älteren Personen (jenseit der 40 Jahre) entwickeln und aus Anhäufungen von Blutkapillaren in der Höhe des subpapillaren Netzes bestehen und keine Beziehung zu bösartigen Geschwülsten haben. Pasini (3) hat mit demselben Namen eine besondere Form von Angiom bezeichnet, welche zuweilen bei im Alter vorgeschrittenen Personen auf dem freien Rande der Unterlippe auftritt und aus einer Erweiterung der Venen besteht, die sekundär zur teilweisen Zerstörung des elastischen Gewebes ihrer Wände führt. Es handelt sich hierbei, wie Pasini selbst angibt, nicht um eine echte Neubildung, sondern um eine einfache Gefäfsektasie, bei welcher ein bösartiger Charakter ausgeschlossen ist.

Diese Läsionen haben augenscheinlich sowohl in klinischer wie in histologischer Hinsicht nichts mit meinem Fall zu tun. Dieser hat da-

gegen gemeinschaftliche Charaktere mit demjenigen von W. PICK, indem bei beiden dieselbe Elementarläsion besteht, nämlich elastisch-harte, hanfkorn- bis erbsengroſse, dunkelrote Knötchen mit deutlich angiomatösem Aussehen, welche bei beiden in gleicher Weise verteilt, daſs heiſst nur auf eine Region oder auf eine Körperhälfte beschränkt sind. In meinem Fall waren aber die Elemente derart angeordnet, daſs sie dem Verlauf der Nn. intercostales, ähnlich wie die Eruptionen des gewöhnlichen Herpes zoster, zu folgen schienen. Bei dem Ursprung der Neubildung in meinem Fall glaube ich jedoch, daſs eine solche Anordnung mit dem Verlauf der Gefäſse in Zusammenhang steht.

Auch die subjektiven Symptome stimmen mit denjenigen von PICK überein, wenigstens soweit es die Eruption am Scrotum anbetrifft, wo auch in meinem Fall ein starker Juckreiz beobachtet wurde, während die Eruption am Rumpf, vielleicht weil die Knötchen zahlreicher und tiefer waren, mit heftigen lanzinierenden Schmerzen einherging, ähnlich wie man sie bei bösartigen Geschwülsten beobachtet. In meinem Fall scheint mir, wie ich bereits hervorgehoben habe, die Metastasenbildung sehr deutlich nachgewiesen, indem die Eruption am Rumpf $2^1/_2$ Jahre nach derjenigen am Scrotum auftrat. Man kann zwar nicht mit absoluter Sicherheit ausschlieſsen, daſs dieselbe unbekannte Ursache, welche auf das Scrotum eingewirkt hat, auch die Eruption am Rumpf hervorgerufen habe. Wenn wir aber auf diese Neoplasie die allgemeine Theorie der Tumoren anwenden und hier die ätiologische Hypothese der embrionären Keime annehmen, so liegt die Annahme am nächsten, daſs auch hier aus einem ursprünglichen Herd sich Elemente mit besonderer Aktivität losgelöst haben und in den Kreislauf gelangt seien, sich in einem zu ihrer Entwicklung geeigneten Hautdistrikt niedergelassen und dort wuchernd zur Entstehung von ähnlichen Tumoren geführt haben, wie diejenigen, von denen sie herstammten. Daſs hier die Metastase eher auf dem Wege der Blutbahn als auf demjenigen der Lymphbahn stattgefunden hat, erscheint mir im Hinblick auf den Ursprung der neugebildeten Elemente wahrscheinlich, welche, da sie sich schon im Inneren der Blutkapillaren befanden, auf diesem Wege leicht in den Kreislauf gelangen konnten.

Es ist schwer zu erklären, warum diese Keime, nachdem sie in die Blutbahn gelangt sind, sich nur in einem Hautdistrikt niedergelassen und dort gewuchert haben. Die einzige Erklärung kann die Annahme abgeben, daſs in der betreffenden Hautzone präexistierende anormale Zirkulationsverhältnisse den zirkulierenden Zellen es ermöglicht haben, sich dort niederzulassen und eine der ursprünglichen Neoplasie gleiche Neubildung zu erzeugen. Daſs Zirkulationsstörungen in einer bestimmten Gegend die Entstehung von ähnlichen Tumoren, wie die Sarkome KAPOSI, befördern können, haben mehrere Autoren, so z. B. PELAGATTI (4), nachgewiesen,

welcher einen Fall beobachtete, in welchem die neoplastischen Gebilde auf ein Bein mit varikösen Venen beschränkt blieb, und einen anderen, in welchem die Neoplasie die linken Gliedmaſsen zuerst und vorwiegend befiel, welche infolge eines apoplektischen Anfalles der Hämiplegie anheimgefallen waren, sodaſs in denselben auch die vasomotorischen Nerven gelähmt waren. Ähnliches erfolgte in einem von W. PICK (5) beschriebenen Fall, in welchem sich die sarkomatösen Knötchen an einer Unterextremität entwickelten, welche von lymphangiektasischer Elephantiasis befallen war.

Wie die vorliegende Krankheit zu deuten ist, werden wir besser bei der Besprechung der histologischen Struktur der Tumoren sehen; wir finden jedoch auch schon in klinischer Hinsicht derartige Analogien zwischen diesem Fall und dem erwähnten Sarcoma multiplex haemorrhagicum KAPOSI, daſs wir die beiden Formen als sehr verwandt bezeichnen dürfen. Das Sarcoma KAPOSI, welches infolge seines besonderen Anfangssitzes auch Acrosarcom oder Acroangiom genannt wurde, beginnt eigentlich in seiner Entwicklung an den Ober- oder Unterextremitäten und dehnt sich dann allmählich nach der Körpermitte hin aus. Es gibt aber auch Fälle, in welchen sich die Neoplasie zuerst an anderen Stellen entwickelte, welche jedoch in bezug auf das zirkulatorische Zentrum als peripher zu bezeichnen sind. So berichtete RADAELI (6) über zwei Fälle, in welchen die erste Geschwulst auf einer Ohrmuschel, bzw. auf der Spitze der Nase auftrat. Ferner hat man multiple Sarkome sich an den Geschlechtsteilen entwickeln sehen, welche in bezug auf den Zirkulationsapparat auch als peripher anzusehen sind; so begann die Affektion in einem Fall von TUBBY (7) mit zwei nacheinander entstehenden Knoten am Scrotum und verbreitete sich von dort aus auf verschiedene Teile des Körpers. In einem Fall von PELAGATTI, welcher groſse Ähnlichkeit mit dem hier besprochenen hat, begann die Eruption am Scrotum, und zwar mit starkem Juckreiz und Ödem, auf welche die Entstehung von dunkel- resp. bläulich-roten Flecken und Infiltrationen folgte, welche infolge von Reibung sich entzündeten, wund wurden und dadurch eine nässende Oberfläche bekamen. Nach Abklingen der Entzündungserscheinungen wurde ein Teil der Infiltrate spontan resorbiert, während kurze Zeit darauf andere ähnliche an den Schenkeln und in der Leistengegend auftraten. Der Patient starb nach etwa zwei Jahren an Kachexie infolge von visceralen Metastasen. In diesem Fall blieben die Tumoren zwar einige Zeit an ihrem Anfangssitz lokalisiert; danach breiteten sie sich aber — wie es bei dem echten Sarcoma KAPOSI der Fall ist — nach der Kontignität vorschreitend, allmählich von der Peripherie nach dem Zentrum hin aus und befielen schlieſslich stürmisch die ganze Körperdecke und erzeugten Metastasen in den inneren Organen.

Es gibt einige Fälle (DE AMICIS), in welchen die Krankheit im

Gesicht begann, nach einigen Monaten die Füfse und die Hände befiel und nachher in der gewöhnlichen Weise verlief.

In meinem Fall blieben hingegen die Knötchen ungefähr $2^1/_2$ Jahre am Scrotum lokalisiert, wurden zum gröfsten Teil resorbiert und entwickelten sich dann auf metastatischem Wege an einer von dem ursprünglichen Sitz sehr entfernten Körperstelle, während die Hände, die Füfse und die übrigen Gegenden, welche gewöhnlich vom Sarcoma Kaposi befallen werden, frei blieben.

Ein weiteres bei dieser Dermatose häufiges Symptom ist die Symmetrie, mit welcher sich die Eruptionen auf die beiden Körperhälften verteilen. In meinem Fall blieb die Krankheit dagegen am Anfang ausschliefslich auf eine Seite beschränkt und überschritt weder vorn noch hinten die Körpermittellinie, sodafs diese einseitige Lokalisierung zusammen mit der gürtelförmigen Anordnung und der hämorrhagischen Farbe der Knötchen sehr an ein Herpes zoster haemorrhagicum erinnerten. Nur bei der zweiten Eruption überschritt die Dermatose etwas die hintere Körpermittellinie.

In morphologischer Hinsicht haben die Knötchen meines Falles eine sehr grofse Ähnlichkeit mit denjenigen des Sarcoma Kaposi, besonders wenn sie ein gewisses Volumen erreicht haben; dagegen erscheinen sie in den ersten Tagen ihrer Entwicklung, besonders wenn sie oberflächlich sind, in Form kleinster Flecken oder punktförmiger Knötchen, mit hellroter, derjenigen der gewöhnlichen Angiome gleicher Farbe. Hier fehlen ferner gänzlich jene weiten und flachen Infiltrationen, welche meistens das Anfangsstadium des echten Sarkoms darstellen oder im weiteren Verlauf desselben mit den Knötchen gemischt auftreten. Und dies hängt nicht nur von dem verschiedenen Sitz der Eruptionen ab, da in dem bereits erwähnten Fall von Pelagatti die Eruption am Scrotum begonnen hat und zwar in Form kleiner bläulich-roter Fleckchen, welche sich später in echte harte und resistente Infiltrate umwandelten.

Bemerkenswert ist das Auftreten von kleinen harten und bläulichen vaskulären Strängen, welche schon makroskopisch erlauben, festzustellen, dafs entweder eine Neubildung von Gefäfsen oder wenigstens eine Wucherung der präexistierenden stattgefunden hat.

Gemein mit den Sarkomen hat mein Fall die Anordnung der Tumoren, indem dieselben bald isoliert, bald zu Gruppen vereinigt auftreten, welchen sich stets viele Elemente beigesellen, sodafs dadurch höckerige Erhabenheiten entstehen.

Was ihre Konsistenz anbetrifft, so sind die Knötchen hart elastisch, etwas zusammendrückbar, wie man es auch bei dem echten Sarkom beobachten kann, in welchem man neben den erwähnten harten Infiltrationen und den Knötchen fibröser Konsistenz auch solche Geschwülste des angiomatösen Typus beobachten kann.

Gemein mit dem Sarkom ist auch die Tatsache, daſs die Knötchen selten gestielt und selten geschwürig werden, während sie sich oft spontan resorbieren. Ebenso finden wir bei beiden Formen ein der Eruption vorausgehendes oder dieselbe begleitendes Ödem des Gewebes, in welchem die Knötchen sitzen, und der umgebenden Teile. Die subjektiven Symptome sind ebenfalls ähnlich: der von PELAGATTI in seinem am Scrotum begonnenen Fall beobachtete Juckreiz war auch in meinem Fall vorhanden; die Schmerzen, mit welchen die Knötchen und die sarkomatösen Infiltrationen oft einhergingen, traten auch in meinem Fall am Rumpf sehr heftig auf.

Schlieſslich bewirkte die Arsenikbehandlung, welche bekanntlich bei dem Sarcoma KAPOSI eine sozusagen spezifische Wirkung ausübt, wenigstens insofern sie die Resolution der Knötchen und Infiltrate befördert, in meinem Fall die vollständige Resorption aller Knötchen am Rumpf, eine bedeutende Abnahme derjenigen am Scrotum und ein gänzliches Verschwinden aller Schmerzen. Sie vermochte jedoch nicht eine neue Eruption von Knötchen am Rumpfe hintanzuhalten, welche durch eine neue Arsenkur nicht mehr so günstig beeinfluſst wurden.

Diese Tatsache würde die Meinung RADAELIS bestätigen, die Arsenikkur wirke nicht auf die Krankheitsursache ein, sondern unterstütze nur gewisse natürliche Schutzvorrichtungen der Gewebe gegen die Invasion der neoplastischen Elemente. Diese Erklärung ist auch in meinem Fall durch den histologischen Befund der resorbierten Knötchen bestätigt.

Wie wir aus dem Gesagten ersehen, weisen die beiden Prozesse schon in klinischer Hinsicht mehrere gemeinschaftliche Charaktere auf: morphologische Natur, Sitz, Verlauf, Beeinflussung durch dieselbe Therapie, welche uns erlauben, sie als sehr verwandt zu betrachten, während die Unterschiede so gering sind, daſs es uns nicht gestattet ist, sie als zwei verschiedene Dermatosen anzusprechen, sondern die Annahme viel näher liegt, daſs es sich um Varietäten einer und derselben morbösen Entität handelt.

Histologische Betrachtungen.

Die Untersuchung der verschiedenen Stücke, bei welchen alle Entwicklungsstadien der Knötchen, vom Augenblick, wo sie makroskopisch kaum sichtbar sind, bis zu ihrer völligen Entwicklung, und vom Beginn ihrer Involution bis zur kompletten Resorption, vertreten sind, gestattet uns, den Ursprung der Knötchen und die Natur der Veränderungen, welche diese sowohl spontan wie unter dem Einfluſs der Kur erfahren, genau zu erkennen.

In den initiellen Geschwülstchen finden wir schon das typische Knötchen dargestellt, welches bei seiner weiteren Entwicklung mehr oder

minder dieselben Charaktere beibehalten wird, und hauptsächlich aus grofsen Spindelzellen gebildet ist, welche in direkter Berührung mit normalen Blutelementen stehen, immer derart angeordnet sind, dafs sie Lakunen oder Kanälchen bilden und durch ein dünnes Geflecht von Bindegewebe gestützt sind. Es besteht kein Zweifel, dafs diese Zellen, ihrer Form, ihrer Anordnung und der Weise nach, in welcher sie sich bei den verschiedenen Färbungsmethoden verhalten, Endothelzellen darstellen. Die sicherste Bestätigung dazu liefert uns aber die Tatsache, dafs neben diesen Knötchen zahlreiche in Wucherung begriffene Blutkapillaren nachweisbar sind, deren Wände aus mehreren Schichten von rundlichen oder spindelförmigen, zuweilen in Karyokinese begriffenen Endothelzellen bestehen. Diese Zellen sind zuweilen so angeordnet, dafs sie in der Dicke der Wandungen selbst neue Blutkanälchen bilden.

Der Ursprung der Neubildung ist also in diesen Kapillaren zu suchen. Das kann man auch aus dem Umstande schliefsen, dafs im Inneren der vollentwickelten Knötchen neben den neugebildeten Kanälchen und Lakunen auch präexistierende Gefäfse, mit wucherndem, zu mehreren konzentrischen Schichten angeordnetem Endothel nachweisbar sind. Ferner erscheinen die gröfseren Knötchen stets durch die Vereinigung kleinerer Knötchen mit konzentrisch angeordnetem Spindelzellen gebildet, und im Zentrum dieser kleineren Knötchen ist noch ein Gefäfs erkennbar oder eine dichtere Anhäufung konzentrischer Elemente nachweisbar.

Bei dem fortwährenden lebhaften Wuchern werden diese Zellen gegenseitig komprimiert; sie verlieren dadurch nicht die Eigenschaft, neue Gefäfse zu bilden, bilden aber in den zentralen Teilen, wo sie dichter zusammengedrängt sind, dünnere Kanälchen, während sie in den peripheren Teilen, wo sie sich leichter ausdehnen können, weite Lakunen erzeugen.

Sowohl in den wuchernden Kapillaren wie in den gut entwickelten Knötchen finden wir immer ein Geflecht von Bindegewebsfasern, welches den Endothelzellen als Stütze dient, während meistens keine elastischen Fasern nachweisbar sind. Wir müssen also annehmen, dafs neben der Wucherung des Endothels auch eine Bildung von Bindegewebe stattfindet, welches der dünnen Wand der Kapillaren als Stütze dient. Dieses Bindegewebe ist in den älteren Knoten, wie denjenigen des Scrotums, reichlicher vertreten, welche einen mehr fibrösen Charakter annehmen, indem die Endothelzellen gröfstenteils verschwunden und die Gefäfslakunen durch ein Geflecht von Bindegewebsfasern umschrieben sind, bei welchen bald in Form abgeplatteter und länglicher Elemente, bald in Form zusammengeschrumpfter Kerne noch einige Spuren der früheren Zellen sichtbar sind. Dieses allmähliche Überwiegen des Bindegewebes gegenüber den endothelialen Elementen erreicht den höchsten Grad an den Stellen, wo die Knötchen verschwunden sind, wo keine Spur der Lakunen und vaskulären

Kanälchen mehr sichtbar ist und die Anhäufungen von Pigment von einem kompakten, an spindelförmigen und sternförmigen, unzweifelhaft bindegewebigen Zellen reichen Bindegewebe umgeben sind.

Für mich mag die von W. Pick aufgestellte Frage, ob es sich statt einer Atrophie der Endothelzellen um eine Umwandlung derselben in Bindegewebszellen und -fasern handle, dahingestellt bleiben: mir fehlen die nötigen Anhaltspunkte, um sie lösen zu können. Jedenfalls findet man auch in meinen nach Van Gieson und nach Mallory gefärbten Präparaten Stellen, wo diese Spindelzellen mit langen Ausläufern, welche schon durch ihre Form an die Bindegewebszellen erinnern, in ein Fibrillenbündel überzugehen scheinen. Diese Annahme widerspricht übrigens nicht unseren embryologischen Kenntnissen, da die Endothelzellen, ebenso wie die Bindegewebszellen vom Mesenchym herstammen, und wir wissen ferner, dafs bei der embryonären Gefäfsbildung die Wände ursprünglich aus mehreren Schichten von spindelförmigen Bindegewebszellen gebildet sind, welche sich dann in endotheliale und adventitielle Zellen differenzieren (d'Acquisto [8]).

Es ist also nicht unwahrscheinlich, dafs diese spindelförmigen Zellen mit endothelialer Abstammung und Funktion, welche sich durch ihre spindelartige Form sehr den die Wände der ursprünglichen Gefäfse bildenden embryonären Zellen nähern, ihre bindegewebige Natur wieder annehmen und sich in fibröses Gewebe umwandeln. Da es uns aber andererseits nicht gelungen ist, eine Bildung von Fibrillen im Inneren des Zellenprotoplasmas zu beobachten, so können wir nicht die Möglichkeit ausschliefsen, dafs die Fasern, welche die Kerne umgeben, vom perivaskulären Bindegewebe abstammen, während das Protoplasma der Spindelzellen nach und nach resorbiert worden ist.

Eine solche Zunahme des fibrösen Gewebes unabhängig von den Bindegewebszellen beobachtet man auch unter normalen Verhältnissen; in der Tat wissen wir, dafs die Fibrillen (perivaskuläres Bindegewebe), nachdem sie sich gebildet haben, sich verlängern, sich vergröfsern und an Zahl zunehmen können, da sie kein Sekretionsprodukt, sondern lebende Teile sind, welche sich vermehren können, und zwar, nach Heidenhain, wahrscheinlich durch Längsteilung (Iusari [9]).

Wir haben bei der Beschreibung des histologischen Befundes die Anwesenheit zahlreicher Plasmazellen in der Umgebung der wuchernden Gefäfse und im Inneren der Knötchen erwähnt. Ohne auf die Deutung dieser Elemente näher einzugehen, und uns darauf beschränkend, die verbreitetste Meinung zu akzeptieren, dafs sie embryonäre Zellen darstellen, welche von der Adventitia der kleinen Gefäfse abstammen (Adventitialzellen von Marchand) (Veratti [10]), finden wir in der reichlichen Zahl dieser Elemente einen Beweis, dafs in unserem Fall wirklich eine Neu-

bildung von Kapillaren stattfindet, an welcher alle präexistierenden Elemente Teil nehmen, und zwar in erster Linie das Endothel, dann die Bindegewebsmembran, welche dasselbe umzieht, und schließlich diese embryonären Zellen, welche die kleinen Gefäſse umgeben und unter gewissen Reizen in Wucherung eintreten können.

Meine Untersuchungen gestatten mir nicht, die von W. PICK in seiner Arbeit über das Sarcoma KAPOSI in dieser Hinsicht geäuſserte Meinung zu bestätigen, daſs die Plasmazellen die anfängliche Neubildung darstellen und durch ihre Wucherung die Spindelzellen und die neugebildeten Kapillaren erzeugen sollen. Ich habe eine solche Umwandlung der Plasmazellen in Spindel- und in Endothelzellen nie antreffen können. Ich habe zahlreiche spindelförmige Elemente sich durch Pyronin nach PAPPENHEIM mehr oder minder intensiv färben sehen, habe aber bei denselben nie das charakteristische körnige Aussehen der Plasmazellen beobachtet und auch nie Plasmazellen sich kreisförmig anordnen sehen, so daſs sie ein Gefäſslumen bildeten.

Ich glaube, daſs es überflüssig ist, die häufigen Hämorrhagien und die Anhäufungen von Blutpigment, welche man sowohl in den in der Entwicklung wie in den in der Involution begriffenen Tumoren beobachtet, besonders hervorzuheben. Diese Erscheinung läſst sich durch die leichte Zerreiſsbarkeit dieser Gefäſse und Lakunen erklären, deren Wand stellenweise aus einer einzigen Reihe von Endothelzellen besteht; ebenso ist es nicht unwahrscheinlich, daſs die Entstehung der Blutungen durch einen gewissen Grad von venöser Blutstauung befördert wird, welche sich histologisch durch die Erweiterung der Lymphräume und klinisch durch das Hautödem kundgibt.

Alles in allem, handelt es sich in meinem Fall um eine Neubildung, an welcher alle Elemente der Blutkapillaren teilnehmen, welche auf diese Weise Knötchen bilden, die mehr oder weniger ihre ursprünglichen Charaktere beibehalten. Jedenfalls besteht kein Gleichgewicht zwischen dem endothelialen und dem bindegewebigen Element, sondern es überwiegt bald das eine (Formen im Entwicklungsstadium), so daſs es der Neubildung das Aussehen eines Endothelioms verleiht, und bald das andere (Formen im Regressionsstadium), so daſs die Neoplasie einen fibrösen Charakter annimmt. Im groſsen und ganzen scheint mir jedoch auch in histologischer Hinsicht die Benennung: Angiom die geeignetste. Und obgleich die Metastasenbildung und die Malignität gegen diese Benennung zu sprechen scheinen, genügen sie nicht, um die anatomische Auffassung zu ändern, da die Bösartigkeit einer Geschwulst nicht streng an die Struktur derselben gebunden ist. So verhalten sich beispielsweise die Pigmentnaevi meistens wie harmlose embryonäre Miſsbildungen, während sie unter besonderen Verhältnissen, infolge einer Wucherung ihrer Zellen, sich in

Naevocarcinome umwandeln können, welche äufserst maligne Tumoren darstellen. Ebenso können Hautepitheliome sich lange Zeit wie einfache lokale Affektionen verhalten, und in einem bestimmten Augenblick den Verlauf der gewöhnlichen bösartigen Geschwülste annehmen.

Die Möglichkeit der Metastasenbildung und eines bösartigen Verlaufes bei solchen Angiomen, welche mit den echten Endotheliomen so nahe verwandt sind, ist übrigens, aufser den Fällen W. Picks, von Borrmann (11) bei einem Angiom der Brustdrüse, welches sich nach der operativen Entfernung lokal und in inneren Organen wieder bildete, und von Ullmann (12) in einem Fall von multiplen eruptiven Angiomen beobachtet worden.

Andererseits dürfen wir angesichts der sichergestellten Tatsache, dafs die Spindelzellen vom Endothel der Kapillaren abstammen, und des Fehlens oder der Spärlichkeit der Bindegewebszellen die hier in Frage stehenden Tumoren nicht als Sarkome ansprechen, obwohl sich ihre Struktur derjenigen der letzteren sehr nähert. Diese strukturelle Ähnlichkeit kommt daher, dafs auch die gewöhnlichen Angiome enge Beziehungen zu den Angiosarkomen haben, so dafs sie Pillet (13) als gutartige Angiosarkome betrachtet, und in der Literatur findet man nicht selten Fälle, in welchen reine Angiome als Angiosarkome (Jolly [14]) oder umgekehrt (Nauwerk [15]) beschrieben wurden.

Die gröfste Verwandtschaft weist unser Fall jedoch, ebenso wie wir es in klinischer Hinsicht gesehen haben, auch in histologischer Beziehung mit dem sogenannten Sarcoma Kaposi auf.

Über die Struktur dieser Neubildung und besonders über die Abstammung der Elemente, aus welchen sie besteht, sind die Meinungen noch sehr verschieden.

In erster Linie stimmen nicht alle Autoren dahin überein, dafs diese Dermatose als eine echte Neoplasie anzusehen sei. So sind Pini (16) und Sellei (17) der Ansicht, dafs es sich dabei um ein, nach der Meinung des ersteren infektiöses, nach der des zweiten nichtinfektiöses Granulom handelt, während Mariani (18) glaubt, dafs es sich in der ersten Periode der Krankheit um eine chronische Entzündung handelt, welche als prädisponierendes oder determinierendes Moment wirkt, und später um eine notwendige heterotypische Neubildung, obwohl die beiden Prozesse zu gleicher Zeit nebeneinander stehen. Die grofse Mehrzahl der Autoren ist jedoch der Ansicht, dafs es sich um eine echte Neoplasie handelt, und erkennt die engen Beziehungen derselben zu den Blut- und Lymphgefäfsen an, deutet aber die Spindelzellen als sarkomatöse Zellen.

Kaposi, welcher die Krankheit zuerst beschrieb und ihr den Namen gab, hatte bereits von Anfang an die Anwesenheit von Hämorrhagien aus den Kapillaren und die darauffolgende Ablagerung von Blutpigment beobachtet; in anderen späteren Fällen sah er den Prozefs in der Umgebung

der Gefäfse in Form von Angiom beginnen, welchem Neubildungen vaskulären Ursprungs mit Ablagerung von Blutpigment (Angiosarkom) folgten.

So haben fast alle Autoren eine Neubildung von erweiterten Blutkapillaren, zuweilen mit verdickten Wänden, und oft die Anwesenheit von muffartig ringsum die Gefäfse angeordneten Spindelzellen beobachtet und meinen, dafs diese Zellen vom Perithel der Gefäfse abstammen. Es gibt aber auch Autoren, welche neben diesen Spindelzellen, welche sie als perithelialer Natur betrachten, eine typische Wucherung der Gefäfsendotholien beobachtet haben. Schliefslich betrachten einige Autoren auch diese Spindelzellen als endothelialer Natur und die Neubildung als ein Hämo-angio-endotheliom.

Am schärfsten wird diese Meinung von RADAELI verfochten, welcher eine bedeutende Anzahl von Fällen untersucht hat und den Krankheitsprozefs in allen seinen Phasen hat verfolgen können. Er konnte auf diese Weise feststellen, dafs die Beteiligung des Bindegewebes eine Nebenerscheinung darstellt und als eine Reaktion der Gewebe zu betrachten ist, hervorgerufen nicht nur durch die Anwesenheit der neoplastischen Herde, sondern auch durch die Blutstauung in der erkrankten Haut. Dieser Autor hebt ferner das ganz angiomatöse Aussehen einiger Zonen der Tumoren und die Tatsache hervor, dafs die neueren Untersuchungen das Vorkommen zahlreicher Übergangserscheinungen zwischen den Angiomen und den Endotheliomen nachgewiesen haben, und ist der Ansicht, dafs auch das sogenannte Sarcoma KAPOSI in dieser Gruppe untergebracht werden kann, und infolgedessen als ein Hämoangioendotheliom zu deuten ist.

Wenn man die histologische Beschreibung von RADAELI liest, sieht man leicht, welche grofse Ähnlichkeit dieselbe mit der Struktur unseres Falles hat. Hier fehlen nur die Reaktionserscheinungen des Bindegewebes in Form von Rundzellen- und Fibroblasteninfiltration. Die beträchtliche Bindegewebsproduktion, welche auch in unserem Fall nachweisbar ist, ist nicht als eine Reaktionserscheinung, sondern als eine Neubildung zu deuten, welche die Endothelneubildung begleitet, sei es, dafs das neugebildete Bindegewebe von einer sukzessiven Evolution der Endothelzellen oder vom präexistierenden perivaskulären Bindegewebe abstammt. Sicher ist, dafs in gewissen Fällen das bindegewebige Element gegenüber den endothelialen Elementen vorherrscht, und in diesem Fall beobachtet man entweder eine partielle fibröse Umwandlung der Knötchen oder eine Resorption derselben infolge der kompletten Atrophie der Endothelzellen; aber auch in diesem Falle findet keine Neubildung von sarkomatösen Bindegewebszellen statt, sondern die Bindegewebswucherung scheint sogar die Entwicklung der Geschwulst zu hemmen.

Wir hätten es also in unserem Fall mit einer der zahlreichen Über-

gangsformen vom hypertrophischen Angiom einerseits zum Endotheliom und andererseits zum Angiosarkom zu tun.

Die Ähnlichkeit zwischen diesen Formen haben bereits mehrere Autoren und besonders CONFORTI (19) hervorgehoben, welcher bei der Besprechung der Beziehungen zwischen dem Hämoangiom und dem endothelialen Hämoangiosarkom seine Meinung folgendermafsen äufsert: „... Die Ähnlichkeit des histogenetischen Mechanismus und der Struktur läfst es ratsam erscheinen, wenn nicht aus anderen Gründen, schon wegen der genetischen Kriterien diese beiden Tumorenklassen zusammenzufassen und sie in einer einzigen Gruppe von Läsionen zu vereinigen, bei welchen der Anfangsprozefs in einer Neubildung von Gefäfsen und Wucherung des Endothels derselben besteht." Derselbe Autor sagt ferner, in bezug auf die Grenzen zwischen den beiden Läsionen, folgendes: „Bei dem Hämoangiom erfolgt die Neubildung von Gefäfsen immer innerhalb gewisser Grenzen, welche jedoch keine absoluten sind, weil in Wirklichkeit die Läsion nicht selten eine Neigung zur Invasion hat; die meistens typische Endothelienwucherung ist selbst bei der entschieden hypertrophischen Form nie so ausgesprochen, dafs sich die Gefäfse in Stränge umwandeln. Die Geschwulst zeigt selten Degenerationserscheinungen in ihren Elementen; sie ist gutartig, kann aber unter gewissen Umständen einen bösartigen Verlauf annehmen. Das endotheliale Hämo-angio-sarkom (BURRI) bleibt hingegen nie auf das vaskuläre Element beschränkt, sondern breitet sich rasch aus; dabei erfolgt die Endothelienwucherung in atypischer und heftiger Weise und kann die Gefäfse in volle Stränge umwandeln. Man beobachtet häufig oder gar konstant degenerative Erscheinungen; die Geschwulst erzeugt Metastasen und ist bösartig; ihre Malignität ist jedoch meistens geringer als diejenige der übrigen bösartigen Neoplasien sarkomatöser Natur." Auf Grund dieser Kriterien schlägt CONFORTI vor, die Angiome gutartige Hämo-angio-endotheliome zu nennen.

Ich habe den von mir beschriebenen Fall als Angiom bezeichnet, begreife aber, dafs er anders gedeutet werden kann, gerade weil es keine scharfe Grenze zwischen den beiden Gruppen von Tumoren gibt. Wenn man jedoch seine unzweifelhafte Abstammung von den Blutkapillaren und die Vermehrung dieser, welche den Hauptbestandteil der Geschwulst bilden, und ferner die Tatsache in Betracht zieht, dafs die Neubildung während der Periode ihrer aktivsten Entwicklung aus jenen Spindelzellen besteht, welche, wie wir gesehen haben, von den Kapillarenendothelien abstammen, welche nie weder volle Stränge noch Alveolen, sondern ein Geflecht von Kanälchen und Lakunen bilden, in welchen man normale Blutelemente beobachtet; und wenn man andererseits bedenkt, dafs die die Endothelwucherung begleitende oder auf dieselbe folgende Bindegewebsproduktion kein sarkomatöses Aussehen annimmt, sondern, indem sie vor dem endothe-

lialen Elemente vorwiegt, dazu neigt, der Invasion der Neoplasie eine Barriere entgegenzustellen, und stellenweise tatsächlich eine Resorption der Knötchen bewirkt, so erscheint mir die vorgeschlagene Benennung, auf Grund der neuen erwähnten Kriterien, als die geeignetste. Wir werden also den Fall als Angiom bezeichnen, oder, noch besser, als endotheliales Hämangiom, wobei wir, im Gegensatz zu der Benennung: gutartiges endotheliales Hämangiom, mit welcher Conforti das gewöhnliche hypertrophische Angiom belegt hat, das unsere als metastatisch bezeichnen werden.

Es erscheint mir somit, daſs dieser Fall, sowohl auf Grund seiner klinischen Charaktere, wie in histogenetischer und struktureller Hinsicht, eine Übergangsform zwischen den gewöhnlichen Angiomen und dem Sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum Kaposi darstellt, bei welchem ich, wie Radaeli, die vaskuläre (von Lymph- oder Blutgefäſsen) Entstammung, mit Überwiegen des endothelialen Elementes, annehme.

Literatur.

1. W. Pick, Zur Kenntnis des senilen Angioms und seiner Beziehungen zum Endotheliom. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909. XCIX. Bd. 1. und 2. Heft.
2. Dubreuilh, De l'angiome sénile. *La presse médicale.* 1900. 15. Lett.
3. Pasini, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XLIV.
4. Pelagatti, Sul sarcoma molteplice primitivo del Kaposi. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1905. Bd. XLVI. S. 569.
5. W. Pick, Zur Kenntnis des Kaposischen Pigmentsarkoms. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907. LXXXVII. Bd. 2. und 3. Heft.
6. Radaeli, Nuovo contributo alla conoscenza dell' angio-endotelioma cutaneo (Sarcoma idiopatico multiplo) di Kaposi. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1909. Bd. L. S. 223.
7. A. H. Tubby, *Brit. med. Journ.* 4. März 1899.
8. d'Acquisto, Genesi e sviluppo della sostanza elastica. *R. Acc. di Scienze mediche di Palermo.* 1901.
9. R. Iusari, *Trattato elementare di istologia generale.* 1909.
10. G. Veratti, Ricerche sulla origine delle „Plasmazellen". Pavia 1905.
11. Borrmann, *Zieglers Beiträge.* Bd. XL. S. 372.
12. Ullmann, *Archiv* 1896. Bd. XXXV. *Festschr. f. Kaposi.* 1900.
13. Pilliet, Note preliminaire sur la structure des angiomes cutanés. *Bull. de la Soc. Anat. de Paris.* 1894.
14. Jolly, Étude anatomo-pathologique d'un angiome sarcomateux. *Arch. exper. de med.* 1895.
15. Nauwerk, Über einen Fall von zentralhyperplastischen Kapillarangiomen des Oberschenkels. *Virchows Arch.* 1898. Bd. CXI.
16. Pini, Sarkome und Sarkoide. *Bibliotheca medica.* Abteilung B, II. Stuttgart 1905.
17. Sellei, Über das idiopathische Kaposische Sarcoma m. haem. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. XXXI. Nr. 9.
18. Mariani, Sarcomatosis Kaposis usw. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909. Bd. XCVIII. 2.—3. Heft.
19. Conforti, *La clinica chirurgica.* 1906. Bd. I. S. 13.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 8.

1. **Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare,** von G. B. Dalla Favera-Parma. Der Verfasser hatte Gelegenheit, im Laufe von zwei Jahren zwei Fälle von Erythema elevatum diutinum zu beobachten; über den ersten hat er im Jahre 1909 in der *Derm. Zeitschr.* (S. 73) berichtet. Der zweite Fall, der diesem in klinischer und anatomischer Hinsicht durchaus glich, betraf einen 23jährigen Soldaten, bei dem in unmittelbarem Anschlufs an das Auftreten allgemeinen Unwohlseins und multipler Gelenkschmerzen an den Streckflächen der Knie- und Ellenbogengelenke, auf der Rückenfläche des Vorderarms und auf dem Handrücken, in der Knöchelgegend und auf dem Fufsrücken rundliche, blafsrote, erhabene, gruppenweise angeordnete, knotige, linsen- bis bohnengrofse, derb-elastische Effloreszenzen entstanden. Einige Knoten wiesen in ihrem Zentrum eine schwärzliche Kruste, andere eine oberflächliche Erosion mit spärlicher Sekretion auf, die zahlreichen Effloreszenzen auf dem Handrücken waren konzentrisch angeordnet, weifslich gefärbt und mit parakeratotischen Schuppen bedeckt, die Knoten an den Knöcheln und auf dem Fufsrücken zu Infiltrationsherden von verschiedener Gröfse konfluiert; die Effloreszenzen verursachten Jucken und Brennen, das gegen Abend stärker wurde. An der Haut der Beine fand sich aufserdem ein starker Purpuraausschlag, der nach etwa fünf Wochen wieder verschwand. Im Verlaufe einiger Monate bildeten sich die knotigen Effloreszenzen bis auf einen Infiltrationsherd am linken Ellenbogengelenk zurück. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines exzidierten Knotens ergab sich eine mäfsige Verdickung der Oberhaut infolge parenchymalen und interstitiellen Ödems der Malpighischen Schicht und mächtige Zellinfiltration im mittleren und unteren Teile des Coriums, besonders in der Umgebung der Blutgefäfse, die stark erweitert schienen. Das Infiltrat bestand gröfstenteils aus mehrkernigen, neutrophilen Leukocyten, daneben kamen eosinophile Leukocyten und grofse einkernige, als Makrophagen tätige Zellen mit basophilem Protoplasma und chromatinreichem Kern vor; die Infiltratzellen liefsen reichlich nekrotische Veränderungen erkennen. — Die beiden vom Verfasser beobachteten, wie auch die von anderen Autoren beschriebenen Fälle von Erythema elevatum diutinum haben sicher manche Ähnlichkeit mit gewissen Erythemen, namentlich mit dem Erythema multiforme, unterscheiden sich aber doch klinisch wie anatomisch vielfach von den gewöhnlichen Erythemformen.

Ein klinisch und besonders anatomisch von dem Erythema elevatum diutinum abweichendes Bild bietet das Granuloma annulare dar. Der Verfasser sah die seltene Affektion einmal bei einem 57jährigen Manne, einem Potator, der seit einigen Jahren über anfallsweise auftretende Gelenkschmerzen klagte und ziemlich beträchtliche Glykosurie hatte. Seit 13 Monaten bestand bei dem Patienten an der Aufsenseite des Metakarpophalangealgelenkes des rechten Zeigefingers ein rundlich-ovaler, scheibenförmiger, leicht druckempfindlicher, mäfsig juckender Infiltrationsherd von 25 mm Längs- und 23 mm Querdurchmesser; die zentralen Teile waren eingesunken, dunkelrot gefärbt und von parakeratotischen Schüppchen bedeckt, der scharf abgesetzte, erhabene Rand hatte ein rötlich-weifses, glänzendes, keloidähnliches Aussehen. Die histologische Untersuchung einer exzidierten Partie der Effloreszenz zeigte, dafs sich die Veränderungen,

den Papillarkörper freilassend, in den mittleren und tiefen Schichten des Coriums bis zum Unterhautzellgewebe abspielten und dafs es sich dabei um Neubildung jungen Bindegewebes vom Typus des Granulationsgewebes handelte, das in den zentralen Teilen der Nekrose anheimfiel. — Der Infiltrationsherd nahm im Laufe der nächsten Monate deutlich an Ausdehnung zu, die Glykosurie blieb unverändert.

Das Granuloma annulare ist im Jahre 1908 auf Grund des vorhandenen Materials von Graham Little in einer Monographie beschrieben worden. Der vorher schon von Rasch und Gregersen ausgesprochenen Ansicht, dafs das histologische Wesen der Krankheit eine gewisse Übereinstimmung mit dem des Boeckschen Sarkoids zeigt, pflichtet der Verfasser bei.

2. **Über einen Fall von Lupus pernio und seine Reaktion auf Röntgenbestrahlung,** von Alex Florange-Cöln. Beschreibung eines Falles von schwerem Lupus pernio an beiden Wangen, an der Schleimhaut der Nase und des Mundes, an den Fingern und Zehen bei einem 18jährigen Manne. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen führte zu einem überraschend guten Resultate: Die dunkelblaurote Verfärbung verschwand, die infiltrierten Partien wurden weich, die Ulcerationen verheilten, Drüsenschwellungen und Knochenauftreibungen gingen zurück. Verabreicht wurden in zahlreichen Sitzungen immer nur kleine Strahlendosen.

3. **Auffallende Kratzeffekte bei einer Hysterika,** von R. Polland-Graz. Bei einer 26jährigen Magd fand P. an den verschiedensten Stellen des Körpers mit Ausnahme des Gesichts und der für die Finger unerreichbaren Partien zahlreiche 5 bis 10 cm lange, ungefähr 1 cm breite Narben verschiedenen Alters; die zum Teil tief ins Corium reichenden Substanzverluste, die zur Narbenbildung führten, brachte sich die Patientin durch Kratzen mit den Fingernägeln bei. Es handelte sich um eine Hysterika mit ausgebreiteter, starker Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit der Haut; wahrscheinlich litt die Patientin zeitweise an Juckanfällen und schlug, da sie infolge ihrer Hypalgesie beim Kratzen keine besonderen Schmerzen verspürte, die Nägel immer tief in die Haut ein.

Götz-München.

Dermatologisches Centralblatt.

1910. Bd. XIII, Heft 10.

Über die Papillen der Glans penis, von C. Gutmann-Wiesbaden. G. hat 136 Individuen im Alter zwischen 16 und 78 Jahren auf das sorgfältigste auf das Vorhandensein makroskopisch sichtbarer Papillen an der Glans penis, im Sulcus coronarius und am inneren Präputialblatt geprüft, wie sie Sprunck zuerst als Coronarpapillen beschrieben hat. Er hat dieselben bei 65 Patienten gefunden, und zwar fast ausnahmslos in der Mitte oder an den seitlichen Teilen des Coronarwulstes; nur in zwei Fällen waren die Träger der Affektion über 40 Jahre alt. In zwei Fällen konnten histologische Untersuchungen vorgenommen werden, die zwei ganz verschiedene Bilder lieferten. Im ersten Falle wurde die Papille von einer in einem umschriebenen Hautabschnitt mächtig verbreiterten Hornschicht gebildet, beim zweiten Typus dagegen handelte es sich um ein mehr oder minder erhebliches Hinauswachsen der Cutis über die umgebende Haut an circumskripter Stelle, also um eine Papille von bindegewebigem Charakter. Verfasser glaubt mit Delbanco, dafs diese Papillen für den Geschlechtsakt eine gewisse Bedeutung haben und rudimentäre Bildungen sind.

W. Lehmann-Stettin.

Folia urologica.

Bd. V. Nr. 2. Juli 1910.

1. **Die perineale Prostatektomie.** Klinische Beobachtungen zum Vergleich mit der suprapubischen Prostatektomie, von M. RAFIN-Lyon. 75 perineale Prostatektomien mit genauer Darlegung der jeweiligen Sachlage und dem Ausgang des Falles; ziemlich hohe Mortalität, auch bei einfacher Prostatahypertrophie ohne Komplikationen und maligne Neubildungen noch 10,1%.

2. **Kasuistischer Beitrag zur Frage der retroperitonealen Eiterungen,** von HEINRICH STROMBERG - St. Petersburg.

3. **Beiträge zur Kenntnis der Nephritis des Hundes,** von SIEBEL - Berlin.

4. **Über die Verwendung von Gleitmitteln zur Anästhesie der Urethra sowie zur Blennorrhoetherapie,** von WILHELM KARO - Berlin. Prioritätsansprüche gegenüber BARRINGER. *W. Lehmann-Stettin.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 10. Nr. 12.

Der neue österreichische Strafgesetzentwurf und die Geschlechtskrankheiten. Diskussionsabend, veranstaltet von der „Österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ am 29. April 1910. *Schourp-Danzig.*

Bücherbesprechungen.

Über die Natur und Herkunft des Trachomerregers und die bei seiner Entstehung zu beobachtende Erscheinung der Mutierung des Gonococcus NEISSER, von HANS HERZOG-Berlin. (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin N., Friedrichstr. 105B. 1910.) Die Entdeckung der Trachomkörpereinschlüsse durch PROWAZEK, der von GREEFF gelieferte Beweis, daſs die Übertragung von trachomkörperhaltigem Sekret beim Menschen Trachom hervorruft, ferner die Feststellung des Vorkommens von Trachomkörpern bei einwandfreier akuter Gonoblennorrhoe durch HEYMANN hatten der Erforschung der Ätiologie des Trachoms neue Wege eröffnet und zugleich auf einen Zusammenhang des Trachoms mit der Blennorrhoe hingedeutet. HERZOG bringt im vorliegenden Werke den Nachweis, daſs die Elemente der Trachomkörper mutierte Formen des Gonococcus selbst sind. Es gelang ihm bei den kulturellen Involutionsformen des Gonococcus mit Hilfe der Giemsafärbung Formen festzustellen, welche sich, vom typischen Habitus des Gonococcus vollkommen abweichend, nach Form, Gröſse, Lagerung und Färbung genau so verhalten wie die Elemente der Trachomkörper. Die Trachomkörperchen setzen sich aus Elementen zusammen, die nichts anderes sind, als eigenartig modifizierte, bisher unbekannte Wachstumsformen des Gonococcus NEISSER, die der Verfasser als Mikrogonokokken bezeichnet. Klinisch fand er in einem Fall von einwandfreier nachgewiesener akuter Conjunctivitis gonoblennorrhoica, bei ursprünglichem Fehlen der Mikrogonokokkeneinschlüsse, solche späterhin in reichlichem Maſse bei gleichzeitigem Schwinden der typischen Gonokokken, und umgekehrt wurden in einem Fall von frischem Trachom neben den üblichen Trachomkörpereinschlüssen andere vorgefunden, welche sich zwar der Gröſse nach

bereits wie Mikrogonokokken verhalten, der Form, Lagerung und Färbung nach jedoch noch mit den typischen Gonokokken identisch sind. Zuletzt gelang ihm noch die experimentelle Erzeugung von typischen Trachomkörpern durch Überimpfung einer Reinkultur des Gonococcus auf die gesunde, trachomkörperfreie menschliche Conjunctiva eines an Glaukom erblindeten Auges. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Hautveränderungen und Geschwulstbildungen bei Xeroderma pigmentosum, von W. T. Councilman und G. B. Magrath. (5. Bericht der „Cancer Commission of Harvard university".) Bericht über zwei Fälle: Zwei Schwestern, die im Alter von acht und zehn Jahren an Xeroderma pigmentosum zugrunde gingen. In beiden Fällen fand sich eine Atrophie und Pigmentierung der Haut, mit rauher, schuppender Oberfläche, bedeckt mit warzenartigen Keratosen. Auſserdem ausgedehnte Geschwürsbildungen und groſse epitheliale Neubildungen, die nach Entfernung rezidivierten. Die Affektion war beschränkt auf Gesicht, Hals, Schulter und obere Extremitäten; ein paar pigmentierte Flecke fanden sich auch an der Vorderseite der Unterschenkel. In beiden Fällen bestand Anämie; Ursache des Todes war die Anämie und allgemeine Unterernährung. Bei der Autopsie fand sich in dem einen Falle akute und chronische Endocarditis, amyloide Degeneration und Streptokokkenseptikämie. In beiden Fällen bestanden Thrombosen der groſsen Venen. In den Lymphknoten, der Milz und den Darmfollikeln fand sich Hyperplasie. Eingehende Betrachtungen über die in Frage kommenden ätiologischen Faktoren; Vergleiche mit senilen Hautveränderungen (Atrophie und Keratosenbildung) und Röntgenläsionen. Eine photographische Abbildung und sechs Reproduktionen von histologischen Schnitten.

W. Lehmann-Stettin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über die Scharlachhaut, von J. Hlava-Prag. (*Bull. internat. de l'Acad. des Sciences de Bohême.* 1909.) Die hauptsächlichen Veränderungen der Haut bei Scharlach liegen nicht in der Horn- und Körnerschicht, sondern in dem Epithellager des Stratum cylindricum und spinosum und im Corium. Es handelt sich um Hyperämie, um Ödem, welches in die Epithelschicht dringt und hier oft zu Kolliquationsherden führen kann, die eventuell die Körnerschicht durchdringend Abhebung der Hornschichtlagen veranlassen können. Die Kolliquationsherde entstehen durch Verquellung, die von der Peripherie zum Zentrum der Zelle vorschreitet, oder durch Zellnekrose, welche der Weigertschen Koagulationsnekrose entspräche. Die Hyperämie, die seröse Durchtränkung mit Leukocyteneinwanderung und später eintretender perivasculärer Zellproliferation sprechen eher für einen entzündlichen Charakter des ganzen Prozesses als für bloſses toxisches Ödem. *Schourp-Danzig.*

Zur Frage des Scharlachs ohne Exanthem, von A. Tobeitz - Graz. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1910. Nr. 7.) T. will die Möglichkeit eines Scharlach ohne Exanthem nicht leugnen; jedenfalls sind solche Fälle seltener, als sie zu Epidemiezeiten diagnostiziiert werden, und verlaufen wahrscheinlich unter geringen Krankheitserscheinungen und unter weniger deutlichem Fieber als die meist zum ätiologischen Zusammenhang herangezogenen Anginen. *Schourp-Danzig.*

Neuere Daten zur Klärung des Wesens der sogenannten scarlatinösen Nachfieber, von L. Bauer-Budapest. (*Gyógyássat.* 1910. Nr. 2.) Verfasser zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlufsfolgerungen: 1. Unter scarlatinösen „Nachfiebern“ oder „postscarlatinösem Fieber ohne organischen Befund“ versteht man, wie dies auch der Name zeigt, nach einer gewissen Zeit nach Aufhören des primären Scharlachfiebers (zumeist in der ersten, spätestens in der sechsten Woche der Rekonvaleszenz) auftretendes Fieber, als dessen Ursache man im Organismus keinerlei pathologische Veränderungen nachweisen kann. 2. Das erwähnte Fieber tritt nach einem grofsen Teil der Beobachter bei gutem Allgemeinbefinden plötzlich auf, steigt bis 39—40° C und wird nach stärkeren Remissionen des Morgens nach fünf- bis achttägigem Bestand lytisch. 3. Dieses Fieber wird nach Verfasser durch die lähmende Wirkung auf die Nervenzentralen der Eingeweide hervorgerufen, wodurch die Peristaltik wesentlich abnimmt; die aus der Zersetzung des angesammelten Darminhalts entstandenen und aufgesaugten Toxine rufen die sogenannten „Nachfieber“ hervor. Verfasser möchte diesen Prozefs Toxinaemia intestinalis scarlatinosa benennen. 4. Das Aufhören dieses Fiebers wird durch gründliche Entleerung des Darmtrakts schnell erreicht. Wenn die Reinigung des Darmes nicht mehrere Tage wiederholt wird, kann das Fieber eventuell wieder auftreten. 5. Die Diagnose der Toxinaemia intestinalis scarlatinosa kann nur in dem Falle angenommen werden, wenn aufser den Stauungssymptomen des Darminhalts (mäfsiger Ikterus manchmal auf der Sclera, belegte Zunge, fühlbare Skybala im Darmtrakt) in keinem Organ eine pathologische Veränderung vorfindet, weder während des Nachfiebers, noch nach dem Aufhören, namentlich aber, wenn es nach der gründlichen Entleerung des Darmtraktes plötzlich und endgültig aufhört. *Porosz-Budapest.*

Über die Rolle der Streptokokken für die Ätiologie des Scharlach, wie über die Wirkung des Antischarlachserums nach denErfahrungen am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg zu Petersburg, von Blacher. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 45 und 48.) Verfasser ist, auf Grund seiner Untersuchungen, zu der Überzeugung gelangt, dafs weder klinische noch pathologische Momente dagegen sprechen, die Streptokokken als ätiologische Ursache des Scharlachs anzusehen. Was die Anwendung des Antischarlachserums anbetrifft, so ist es zweifellos, dafs das Serum sowohl auf die Temperatur als die Krankheit selbst Einflufs hat, aber dafs die Injektionen so grofser Mengen, welche nötig sind (— 300 ccm), nicht ohne Einflufs sein können und zu ernsten Komplikationen führen können. Er empfiehlt daher die Anwendung des Antischarlachserums (vorzüglich ist das Gabritschewskysche, aber auch das Mosersche gemeint) nur bei übermittelschweren Fällen; rät aber nicht zu warten mit demselben bis zum Eintritt bedrohender Erscheinungen.

Arthur Jordan-Moskau.

Leichte Scharlachfälle als gefährliche Infektionsquelle, von W. Vyšin-Prag. (*Österr. Krankenpflege-Ztg.* 1910. Nr. 2.) Die leichten Fälle werden von den Eltern oft wenig beachtet und die Kinder infolgedessen nicht oder viel mangelhafter als in schweren Fällen isoliert. Nichtsdestoweniger sind auch die leichteren Fälle die Ansteckungsquelle zahlreicher schwerer Scharlachfälle. *Arthur Schucht-Danzig.*

Kontagiosität und Semiologie der Scarlatina, von A. Lesage. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 118.) Auf Grund literarischer und klinischer Studien sieht sich L. genötigt, die alten Anschauungen über die Kontagiosität der Scarlatina einer Revision zu unterziehen. Er glaubt, dafs ein grofser Teil der Ansteckungen von den ohne Eruption bleibenden Scarlatinaformen ausgehen, welche nach Aussehen von Zunge und Rachen leicht diagnostiziert werden sollten, aber oft übersehen werden. Die Eruption selber sowie die Schuppen hingegen sind nicht ansteckend. Allein der Mund-, Nasen- und

Ohrschleim ist der Träger des Infektionskeimes. Bei der Diagnosenstellung soll einzig auf den Zustand der Zunge und des Rachens Gewicht gelegt werden. Jedes scarlatinöse Exanthem, welches nicht mit der charakteristischen Zunge oder Rachen einhergeht, hat mit der Scarlatina nichts zu tun und ist ein gewöhnliches Erythema scarlatiniforme. Die Isolierung der Kranken soll solange erfolgen, bis Zunge und Hals wieder vollständig zum Normalen zurückgekehrt sind. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Frage der Kontagiosität der Scarlatina, von Ch. Tisné. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 126.) Im Anschlufs an den in Nr. 118 erschienenen Artikel von Lesage teilt der Autor einen Fall mit, in dem Scarlatina auf zwei junge Mädchen durch einen Schleier übertragen wurde, den 15 Jahre vorher eine Tante des einen Mädchens zur ersten Kommunion anhatte. Die Tante fühlte sich bereits während des Gottesdienstes unwohl, abends trat Fieber auf und am anderen Tage brach die Scarlatina aus. Der Schleier hatte seitdem in einer Schachtel gelegen, bis die kleinen Mädchen auf den Gedanken kamen, damit zu spielen. *Gunsett-Strafsburg.*

Erfahrungen über die Infektionsfähigkeit der Desquamationsperiode des Scharlachs, von E. Faragó - Szeged. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 1.) Verfasser teilt seine an 800 Zöglingen mehrerer Schulen gemachten Erfahrungen mit. Unzählige Male verkehrte der abschuppende Zögling zwischen den übrigen, ehe man es wahrgenommen hat. Es kam kaum eine Erkrankung vor. Eine Epidemie entstand niemals. Erkrankungen pflegen sich auch dann einzustellen, wenn die Abschuppung schon lange beendet, der Patient schon gebadet und auch schon die Desinfektion erfolgt ist. Verfasser schreibt unter den Ansteckungsbedingungen der Hautabschuppung keine besondere Bedeutung zu, sondern schreibt die in dieser Periode entstehende Ansteckung dem Kontagium zu, das seine Lebensfähigkeit eine längere Zeit behält.

Poross-Budapest.

Über Infektionen durch geheilte Scharlachkranke, von K. Preisich-Budapest. (*Gyermekorvos*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 2.) Heutzutage betont man immer mehr, dafs nächst der Absonderung des Rachens, die Nasenhöhlen, der eventuell eitrige Ohrenausflufs oder sonstige Absonderungen das Scharlachgift enthalten können. Erfahrungsgemäfs infizieren die Kranken nach erfolgter Abschilferung. Verfasser konnte im Jahre 1904 145 Fälle, zumeist mit 3—15 tägiger, seltener mit 15—20 tägiger Inkubationszeit beobachten. Von den erwähnten Fällen waren 66, d. i. 45,5% solche, die von Personen, die aus dem Spitale nach der Abschilferung als geheilt entlassen worden sind, angesteckt haben. Diese 145 geheilten Scharlachfälle haben nachweislich 180 neuere Erkrankungen verursacht, und zwar in demselben Hause. Ebenso hätten sie auch in fremden Häusern Verwandte, Bekannte und in der Schule Mitschüler anstecken können. Am häufigsten konnte die Ansteckung an nur einem Individuum festgestellt werden, aber es waren auch viele Fälle, in denen die Infektion an zwei bis drei, sogar vier Individuen, und zwar in vier verschiedenen Familien verfolgt werden konnte. Die Bedeutung der Haut als Krankheitsträger schätzt Verfasser nicht so hoch, wie es andere tun. Dafs ein Kind nach vollendeter Abschuppung und gründlich gereinigter Haut auch später noch infizieren kann, ist ein Beweis dafür, dafs nicht nur das Epithel infektionsfähig ist. Vollkommen geheilte Erwachsene wurden unter dem Drucke zwingender Umstände nach vier Wochen mit geringen Desquamationsspuren auf den Handflächen (häufiger noch auf den Fufssohlen) entlassen, ohne dafs sie aufserhalb des Spitals weiter infiziert hätten. Das beweist, dafs die Haut, wenn sie auch noch ein wenig abschuppt, als Krankheitsträger keine Rolle spielt. Die Schleimhäute der Luftwege erwachsener Personen sind nach vierwöchentlichem Spitalsaufenthalt gesunder, als die der Kinder. Bei der engen und vielseitigen Berührung der Kinder erfolgt die Übertragung der Absonderungen wiederholt. Nach

den Erfahrungen des Verfassers sind Mund- und Nasensekrete die häufigsten Träger des Scharlacherregers. Verfasser machte auch die Wahrnehmung, daſs nach häuslicher Pflege keine neuere Ansteckung beobachtet wird, während Kranke, die aus dem Spital nach gleicher Zeit oder noch später entlassen werden, weitere Ansteckungen verursachen. Spitalspatienten sind nämlich ständig dem Virus neuer Kranker ausgesetzt. 3,5% der aus dem Spital Entlassenen und nur 2,7% der in häuslicher Pflege Befindlichen infizieren weiter. Der Infektionsstoff kann seinen Ursprung in der eigenen Krankheit haben, wenn die Schleimhäute katarrhalisch oder wenn eitrige Prozesse vorhanden sind. Das Scharlachgift kann auch von einem kranken Kollegen herstammen. Der geheilte Kranke kann von neuangekommenen Patienten den Krankheitserreger aufnehmen und mit sich tragen. Die gesunde Schleimhaut hat die Fähigkeit, daſs sie den Krankheitserreger abstöſst, aber dazu sind zwei Wochen notwendig. 96,5% der geheilten Fälle waren solche, bei denen nachträgliche Ansteckungen nicht beobachtet worden sind. *Porosz-Budapest.*

Rezidive bei Scharlach, von J. W. Fox-Tonbridge. (*Brit. med. Journ.* 20. Nov. 1909.) Verfasser bespricht kurz die Frage, ob tatsächlich Rezidive beim Scharlach vorkommen. Abgesehen von den möglichen Verwechslungen mit Rubeola und dem Exanthem bei Intoxikationen mit verschiedenen Nahrungsmittelgiften hat er einzelne Fälle beobachtet, welche er als tatsächliche Rezidive aufzufassen geneigt ist, ohne allerdings sich ganz definitiv in dieser Hinsicht auszusprechen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über wiederholte Erkrankung an Scharlach, von Heinrich Weissenberg-Gleiwitz. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 52, 1.—3. Heft.) Der Verfasser beobachtete sieben Kinder, bei denen das einmalige Überstehen des Scharlachs die Disposition für diese Krankheit direkt erhöhte; der Scharlach verlief von einem zum anderen Male in immer schwererer Form; in einem Falle führte er nach nur viertägigem Kranksein den Tod an schwerster Scharlachsepsis herbei. Daraus ergibt sich die Forderung, bei Scharlacherkrankungen in der Familie oder bei sonstiger Infektionsgelegenheit auch solche Kinder, welche bereits sicheren Scharlach durchgemacht haben, genau so streng zu isolieren bzw. gegen Ansteckung zu schützen, wie die vom Scharlach bisher verschont gebliebenen Kinder. *Schourp-Danzig.*

Zwei Fälle von Ruptur der Halsgefäſse in den Rachen bei Scharlach, von J. Howell Griffiths und D. F. Riddell-London. (*Glasgow med. Journ.* Jan. 1910.) Erkrankung der groſsen Halsgefäſse ist eine der selteneren Scharlachkomplikationen, gewöhnlich mit Zerstörung der Halslymphdrüsen und des umgebenden Gewebes verbunden und die primär befallenen Gefäſse sind Carotis und Jugularis. Die zwei von G. und R. beobachteten Fälle betrafen Kinder im Alter von 9½ und 3½ Jahren, bei welchen beiden in der vierten Woche der Krankheit diese unglückselige Komplikation eintrat. In dem ersten Falle (Ruptur der Vena jugularis interna) ohne Vorläuferstadium, während in dem zweiten (Ruptur der Carotis interna) die Symptome auf einen retropharyngealen Absceſs schlieſsen lieſsen. In dem ersten Falle ergab die Sektion, daſs eine tiefsitzende Drüsenschwellung aufgebrochen ist und in unmittelbarer Nähe der Jugularis deren Wände affiziert hat, im zweiten waren Rachengeschwüre und sekundäre Halsdrüsenschwellungen vorhanden; auch hier waren noch eine Stunde vor der tödlichen Blutung keine inneren Erscheinungen oder Symptome irgendwelcher Art zu konstatieren. In beiden Fällen waren also die Halsdrüsen befallen, aber in keinem von beiden Erscheinungen vorhanden, welche auf eine Erkrankung der Halsgefäſse schlieſsen oder den auſserordentlich raschen tödlichen Verlauf annehmen lieſsen.

Stern-München.

Mononeuritis ulnaris scarlatinosa, von Bizzari. (*Rivista crit. di clin. med.* XI., Nr. 1.) Bei einem 17jährigen Mädchen trat bei Scharlach nach Ablauf des Fiebers eine motorische und sensorische Störung im Gebiet des rechten Nervus ulnaris auf, die Verfasser als infektiöse Mononeuritis auffaſst. Heilung nach drei Monaten.

Haas-Hamburg.

Ein letaler Fall von Endocarditis im Anschluſs an Scarlatina, von J. M. Clements-Batley. (*Lancet.* 16. Okt. 1909.) Nach einer milde verlaufenen Attacke von Scharlach bei einem fünfjährigen Knaben konstatierte Verfasser etwa elf Wochen später rheumatische Erscheinungen und einige Tage nachher eine ausgebreitete Endocarditis, welche zum Tode führte. Von den erkrankten Klappen wurde ein Streptococcus in Reinkultur gewonnen, den er auch auf Nährmedien züchten konnte. Derselbe ist Gram-positiv, bildet nur kurze Ketten, erzeugt auf Milch keine Säurebildung oder Gerinnsel, wirkt aber säurebildend auf Maltose, Saccharose und Levulose. Ob dieser Streptococcus einen ätiologischen Faktor beim Scharlach abgibt, will Verfasser nicht ohne weiteres behaupten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über einen Fall urämischer, auf Scharlach folgender Amaurose, von Albert C. Sautter-Philadelphia. (*New York. med. Journ.* 20. Nov. 1909.) Der Fall betraf einen 13jährigen Knaben, bei dem im Stadium der Desquamation ein urämischer Anfall (Krämpfe usw.) und bald darauf vollständige Blindheit auftraten. Die Urinuntersuchung ergab eine postscarlatinöse Nephritis und unter geeigneter Behandlung derselben besserte sich allmählich die Amaurose, wenn auch nur sehr langsam (im Laufe von drei Monaten). Ob vollständige Heilung eingetreten ist, vermag S. nicht anzugeben; da der Fall sich nach konstatierter Besserung, wobei noch Eiweiſs und Cylinder im Urin festgestellt wurden, nicht mehr vorstellte. Im Anschluſs an diesen Fall bespricht S. die bezügliche Literatur, wonach die Amaurosis beinahe stets in der Desquamationsperiode, begleitet von urämischen Erscheinungen, wie Krämpfen, Erbrechen, Stupor, Kopfschmerzen auftrat. In der Mehrzahl der Fälle stellte sich die normale Sehkraft innerhalb 24—72 Stunden wieder ein, ist also die Prognose eine günstige. Von den Theorien, die bezüglich der Pathogenese dieser Amaurose aufgestellt wurden, hält S. jene für die wahrscheinlichste, wonach das die Urämie verursachende Gift direkt auf Netzhaut, Nervus opticus oder Kortikalzellen einwirkt und die Amaurosis eine Teilerscheinung der urämischen Rindensymptome, ebenso wie Hemiplegie, Konvulsionen, Taubheit usw., ist. *Stern-München.*

Panophthalmitis metastatica und nachfolgende Meningitis bei einem Scarlatinösen, von Galo Leoz. (*Revista ibero-americana de cienc. med.* Nov. 1909.) Die ersten zehn Tage der Scarlatina verliefen bei dem achtjährigen Knaben ganz benign. Zwei bis drei Tage nach der Entfieberung traten plötzlich heftige Schmerzen im linken Auge auf. Zugleich stieg die Temperatur wieder auf 39°. Das Auge war stark vergröſsert, Conjunctiva und Palpebra waren injiziert und ödematös, die Cornea getrübt, die Linse war in die vordere Kammer gepreſst; die ophthalmoskopische Untersuchung ergab, soweit die getrübte Linse einen Einblick gestattete, eine Vereiterung des Glaskörpers. Es handelte sich also um eine Choroiditis suppurativa. Die Enukleation wurde verweigert und das Kind starb zwei Tage später an Meningitis.

Gunsett-Straſsburg.

Scarlatina und v. Pirquet-Reaktion, von Brandenberg-Winterthur. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 12.) Daſs die Pirquetsche Impfung bei tuberkulösen Kindern im Inkubationsstadium der Morbillen negativ ausfällt, wurde schon mehrfach festgestellt; das gleiche ist, wie eine Beobachtung Br.s beweist, auch während der Scharlachinkubation der Fall. Es handelte sich um ein zweijähriges Kind, bei dem über der linken Lungenspitze verschärftes Inspirium zu hören war; die Pirquetsche

Impfung, vor Ausbruch eines Scharlachexanthems vorgenommen, ergab ein negatives Resultat, eine zweite, nach Ablauf des Scharlachs gemachte Impfung hatte sehr deutliche Reaktion zur Folge. Das Kind ging wenige Monate später an Miliartuberkulose zugrunde. *Götz-München.*

Die Behandlung des Scharlachs, von Adolf Baginsky-Berlin. (*Ther. d. Gegenwart.* Jan. 1910.) Ausgezeichneter klinischer Vortrag. Die zahlreichen darin niedergelegten klinischen Erfahrungen Baginskys sind für den Internisten von gröfstem Wert. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Komplementbindung bei Scharlach, von A. Uffenheimer-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 48.) In der Hoffnung, eine spezifische Reaktion auf Scharlach analog der Wassermannschen Syphilisreaktion aufstellen zu können, hat Verfasser alsbald nach dem Bekanntwerden des Verfahrens (1906) angefangen, analoge Experimente mit dem Blute von Scharlachkranken auszuführen. Aus seinen ziemlich ausführlich hier mitgeteilten Beobachtungen und einer kritischen Würdigung der sonstigen Publikationen auf diesem Gebiete kommt er zu dem Schlufs, dafs es nicht einmal wahrscheinlich erscheint, dafs die Leber einer Scharlachleiche Stoffe enthält, welche als echtes Antigen gegenüber den im Serum befindlichen Antikörpern aufzufassen sind, und dafs die Komplementfixation keinerlei Förderung in der Diagnose des Scharlachs erbracht hat noch auch eine solche erhoffen läfst.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verfahren bei der Prüfung der Wirksamkeit der Heilsera bei Scharlach. Der Heilwert des Antistreptokokkenserums von Palmirski, von Xaver Lewkowicz-Krakau. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 43 u. 44.) Das von Palmirski hergestellte Antistreptokokkenserum stammt von Pferden, denen Kulturen des Streptococcus conglomeratus eingespritzt wurden. Das von L. vorgenommene, eingehende Prüfungsverfahren bezüglich der Wirksamkeit dieses Serums ergab die Wertlosigkeit des Serums bei Scharlach. *Schourp-Danzig.*

Praktische Anwendung von Massenimpfung mit der antiscarlatinösen Schutzvaccine als Mittel der Bekämpfung von einer Scharlachepidemie in einer geschlossenenen Lehranstalt, von Kopanewitsch. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 13.) In einem weiblichen Internat in Mobilew mit 239 Schülerinnen brach Scharlach aus, der trotz Isolierung, zeitweiliger Schliefsung der Anstalt usw. nicht aufhörte. Erst die Massenimpfung so gut wie aller Schülerinnen, die noch nicht Scharlach gehabt hatten, brachte ein Erlöschen der Epidemie. Die bei jeder dreimal vorgenommene Impfung rief nur eine geringe Reaktion hervor.

Arthur Jordan-Moskau.

55 Fälle von Scharlach, behandelt mit dem Moserschen Antistreptokokkenserum, von Salenski. (*Charkower med. Journ.* 1909. Bd. VIII.) Die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen Antistreptokokkenserum gab gute Resultate, dennoch rät Verfasser zur Anwendung desselben nur in schweren Fällen, weil zuweilen sehr unangenehme, wenn auch freilich nicht lebensgefährliche Nebenwirkungen, die sog. Serumkrankheit (v. Pirquet und Schick), auftreten können. Aufserdem kann es auch bei der Serotherapie zu einer Stomatitis aphtosa kommen, während Nekrosen an den Injektionsstellen, welche von anderen erwähnt werden, Verfasser nicht passierten. *Arthur Jordan-Moskau.*

Symptomenkomplex bei der Scharlachvaccination (Vaccin-Scarlatina), von G. E. Wladimiroff-Moskau. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 52, Heft 1—3.) Der Verfasser veröffentlicht die Krankheitsgeschichte eines sechsjährigen Knaben, dem unter die Bauchhaut 0,3 ccm der Gabritschewskyschen Scharlachvaccine injiziert worden war und der mit dem vollen Symptomenkomplex des Scharlachs erkrankte. Als

Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose des Vaccinscharlachs vom natürlichen Scharlach ist als von grofser Bedeutung zu betrachten, dafs der ganze Verlauf des Vaccinscharlachs, d. h. die Periode des Erscheinens der Blüte, des Erblassens und Verschwindens des Exanthems, in einem viel schnelleren Tempo — drei bis vier Tage — als bei dem natürlichen Scharlach verläuft; das Exanthem bei dem Vaccinscharlach kommt am ganzen Körper in einigen Stunden, beim natürlichen Scharlach allmählich heraus; die Zunge hat beim Vaccinscharlach bereits am zweiten Tage das Aussehen der Himbeerzunge; Abschuppung findet beim Vaccinscharlach nicht statt.

Schourp-Danzig.

Über den pathologischen Zusammenhang der Varicellen mit gewissen Fällen von Zoster, von J. Bókay-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 42.) Der Verfasser berichtete 1892 über seine Beobachtung, dafs der bisher unbekannte Ansteckungsstoff der Varicellen unter gewissen Umständen sich anstatt in Form eines allgemeinen Ausbruchs in der eines Zosters äufsern kann. Bei einem Kinde trat Zoster thoracalis, bei einem anderen Kinde derselben Familie traten acht Tage später typische Varicellen auf. Auch ein anderes Mal sah Verfasser, dafs Zoster und Varicellen nacheinander aufgetreten sind. Dadurch wurde Verfassers Aufmerksamkeit auf den eventuellen Zusammenhang dieser beiden Krankheiten gelenkt. In dem zweiten Falle trat bei einem Mädchen Zoster abdominalis auf und an einem zweiten Mädchen derselben Familie wurde etwa zehn Tage später charakteristische Varicella mit etwas stärkerem Ausschlage konstatiert. Bei einer Frau trat Zoster thoracalis auf und zwölf Tage später zeigte sich bei ihrem achtjährigen Söhnchen Varicella. Der vierte Fall des Verfassers betraf einen jungen Mann, an dem Zoster frontalis konstatiert worden ist. Die Schwester des Kranken erkrankte 15 Tage später an Varicella. Verfasser teilte seine Beobachtungen Korányi mit, der ihm zur Kenntnis brachte, dafs auf seiner Abteilung ein Kranker mit Zoster lumbo-femoralis lag und dafs acht Tage nach dem Zosterausbruch in demselben Krankenzimmer an einem an chronischem Milztumor leidenden Kranken Varicella konstatiert worden ist. Der sechste Fall war eine Kindsfrau mit Zoster frontalis. Zwei Wochen später erkrankten zwei neben ihr liegende Kinder an Varicella. Im Stefanie-Kinderkrankenhaus wurde ein Kind mit typischem Zoster pectoralis aufgenommen. 15 bis 18 Tage später trat bei drei Kindern desselben Krankensaales Varicella auf. Varicella kam in Form von Spitalsinfektion in dieser Abteilung schon seit Monaten nicht vor. Die Varicellenansteckung mufste in allen drei Fällen einer gemeinsamen Quelle im Krankenmaterial des Krankenhauses gesucht werden. Im Landes-Blindeninstitut trat bei einem Zögling Zoster dorsopectoralis auf. Ein in demselben Krankenzimmer liegender Zögling, der seit Wochen mit der Aufsenwelt nicht in Berührung gekommen war, erkrankte 15 Tage später an Varicella. — In der Augenabteilung des Kinderkrankenhauses trat bei einem achtjährigen Knaben ein Zosterausbruch auf, 14 bis 18 Tage später traten bei vier Kindern Varicellen auf, obgleich die Abteilung um diese Zeit frei von jedem Varicellenfalle war. Die neueren Beobachtungen liefsen es als begründet erscheinen, diese Frage wieder auf die Tagesordnung zu bringen, denn von einem launenhaften Spiel des Zufalls kann doch nicht die Rede sein. Seit der Mitteilung Kaposis wurden die Zosterepidemien als ansteckender Natur hingestellt. Nach mancher Beobachtung zeigen die Bläschen bei Varicella eine zosterartige Anordnung. Das Ergebnis seiner Beobachtungen fafst der Verfasser in folgendem zusammen: Der bisher unbekannte Ansteckungsstoff der Varicella kann sich infolge gewisser, bisher noch unbekannter Umstände statt im allgemeinen Ausbruch in einem Zosterausschlage äufsern, der im Falle einer Weiterverbreitung typische Varicella hervorrufen kann. Selbstredend kann der Varicellenursprung nur auf einen gewissen Teil der Zosterfälle und vermöge natür-

licher Ursachen auf eine gewisse Gruppe von Zosterfällen im Kindesalter bezogen werden. Welche Umstände schuld daran sind, dafs sich die Varicellenansteckung in der Form eines Zoster varicellosa äufsert, darauf kann nur die Zukunft eine Antwort geben, wenn man dahin gelangen wird, dafs man den Ansteckungsstoff der Varicella kennt, und es andererseits auf Versuchswegen gelingt, Zoster hervorzubringen. Solange man über diese Kenntnisse nicht verfügt, kann man nur auf Grund klinischer Beobachtungen den pathologischen Zusammenhang feststellen. *Porosz-Budapest.*

Über Variola mit Bezug auf die Verhältnisse in London; Rückblick und Prognose, von A. F. CAMERON. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) Aus den Tabellen der städtischen Behörden ergaben sich betreffs der Zahl der in den verschiedenen Jahrgängen in den Krankenhäusern verpflegten Pockenkranken folgende bemerkenswerte Zahlen: In den Jahren 1884 und 1885 wurden gezählt: 6363 resp. 6164 Fälle. Der nächste gröfsere Anstieg erfolgte 1893 mit 2376 Erkrankungen und 1894 mit 1117. Nach einem allmählichen Absinken auf 5 Fälle im Jahre 1898 trat eine Verschlimmerung im Jahre 1901 mit 1743 Fällen und im Jahre 1902 mit 7916 Aufnahmen ein. Im Jahre 1907 kamen nur 2 Fälle zur Aufnahme und 1908 nur einer. Im laufenden Jahre sind schon etliche Fälle gemeldet. Verfasser glaubt, dafs man jetzt einer Rekrudescenz wieder entgegengeht, und dafs mit dem gesteigerten Verkehr und den zunehmenden Verkehrserleichterungen eine grofse Verbreitung der Krankheit zu befürchten ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Pockenepidemie in Deredingen-Luterbach (Kanton Solothurn) 1907, von TIÈCHE-Bern. (*Correspond.-Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 23 u. 24.) Im Kanton Solothurn besteht Impfzwang, aber kein Revaccinationszwang. Die Epidemie verlief nicht bösartig. Von 27 Erkrankten starben sechs, darunter drei vaccinierte. Unter den Fällen waren vier Fälle von Variola haemorrhagica pustulosa, welche sämtlich starben, zehn Fälle von Variola vera, worunter drei typische von Variola confluens, vier Fälle mit reichlicher Eruption und mittelschwerem Verlauf und drei Fälle mit reichlichem, aber schon etwas atypischem Exanthem und benignem Verlauf, elf Fälle von Variolis, worunter ein Fall sine exanthemate, aber typischem Initialexanthem.

Durch die mit schonungsloser Strenge unter polizeilichem Schutze durchgeführte Revaccination der Einwohner des Dorfes wurde die Epidemie zum Erlöschen gebracht.

Schourp-Danzig.

Bemerkungen über eine Variolaepidemie in Genf im Jahre 1909, von H. CRISTIANI und C. L. WARTMANN. (*Rev. méd. d. l. Suisse romande.* 1910. Nr. 1.) Es wurden im Jahre 1909 während dieser Epidemie im ganzen 18 Personen befallen. 14 davon waren früher geimpft. Bei ihnen verlief die Erkrankung sehr leicht und heilte. Drei nicht geimpfte Kinder starben und bei einem vierten, das in der Inkubationszeit geimpft wurde, verliefen die beiden Prozesse parallel und es trat Heilung ein.

In der ganzen Schweiz waren von 1905 bis 1909 383 Variolafälle vorgekommen. 160 davon waren geimpft und wiesen 10% Todesfälle auf. Von 196 nicht Geimpften starben 42, d. h. 21,43%. Bei 26 zu spät Geimpften war ein Todesfall, also 3,85%, zu verzeichnen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Leukocytenformen bei Variola, von MONTEFUSCO. (*Giorn. internat. della Scienz. Med.* Bd. XXXI, Nr. 19.) M. kommt zu folgenden Schlüssen: Die polynukleären neutrophilen Leukocyten sind vermindert bei allen Formen von Variola. — Die polynukleären eosinophilen schwanken bei der Variola haemorrhagica zwischen 2 und 5%, bei der Variola communis sind sie vermehrt bis auf 8,5%. — Die mononukleären fanden sich bei der Variola haemorrhagica von 8 bis 18%, der Variola communis im vesikulösen Stadium ebenso, sind hier aber vermehrt im suppurativen Stadium bis auf

40 %. Die Vermehrung der mononukleären scheint in einem direkten Verhältnis zu stehen zu der Schwere des klinischen Krankheitsbildes. Die Lymphocyten und Myelocyten sind vermehrt bei allen Formen und in allen Stadien. — Im allgemeinen kann man sagen, dafs die Leukocytenformen bei Variola in ihren allgemeinen Umrissen charakteristisch sind, aber keine besonderen Modifikationen bei den verschiedenen Formen und Stadien der Krankheit zeigen, die etwa diagnostisch oder prognostisch verwertbar seien. *Haas-Hamburg.*

Ein Fall von anscheinend einfachem, akuten, fieberhaften Erythem, verknüpft mit dem nachhaltigen Auftreten von zwei Fällen von Variola, von D. S. Davies-Bristol (*Brit. med. Journ.* 18. Sept. 1909.) Ein 16 jähriges Dienstmädchen erkrankte mit leichtem Fieber und einem mäfsigen, schwer zu definierenden papulösen Ausschlag, der nach Übergang teilweise in ein undeutlich hämorrhagisches Stadium mit kleienförmiger Abschuppung heilte. Vor der definitiven Beseitigung der Hautläsionen kehrte die Patientin ins Elternhaus zurück, und etwa drei Wochen nach ihrer Heimkehr erkrankte ihr Vater und ihr Bruder an wohlcharakterisierter Variola; bei ersterem ging die Krankheit in die hämorrhagische Form über und endete tödlich. Verfasser hält es für nicht unmöglich, dafs es sich bei dem Mädchen um eine ganz abnorm verlaufene Pockeninfektion gehandelt haben mag. In der Stadt Bristol sind um dieselbe Zeit mehrere auf eine aus Rufsland eingeschleppte Infektion zurückzuführende Fälle von Pocken beobachtet, welch fast durchweg sich durch einen ungewöhnlichen Verlauf auszeichneten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Purpura variolosa, von Feinberg. (*Praktischeski Wratsch.* 1910. S. 153.) Ein 13 jähriger Knabe, welcher in seinem ersten und zehnten Lebensjahre geimpft worden war, wobei aber die Vaccination beide Male nicht anschlug, erkrankte an Variola vera, die aber bald einen hämorrhagischen Charakter annahm und am fünften Tage zum Exitus letalis führte. *Arthur Jordan-Moskau.*

Diffuse, retikuläre, hypertrophische und schmerzhafte Narben im Anschlufs an Variola, von J. S. Covisa. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 6.) Durch Konfluenz der Variolapusteln bildeten sich bei einer 35 jährigen Frau weite eiternde Stellen, die sich mit einer Kruste bedeckten. Nach Abfallen der Krusten war die ganze Haut, und zwar besonders im Gesicht, wie von Pappekonsistenz, mit vollständig narbenkeloidartigem Aspekt und durchzogen von sich kreuzenden noch mehr verdickten Zügen. Manche Stellen fühlten sich ganz knorpelig an. Diese Heut war vollkommen unbeweglich, teilweise von Teleangiektasien durchzogen und von Anfang an sehr schmerzhaft. Durch lokale Injektionen von Fibrolysin wurde ein sehr zufriedenstellender Erfolg erzielt. *Gunsett-Strafsburg.*

Variolavaccine, von L. Voigt-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Kelsch, der Direktor des französischen Impfwesens, hat vor kurzem die Behauptung aufgestellt, es könne sich bei den in anderen Ländern gewonnenen Variolavaccinen nicht wohl um Umzüchtungen der Variola zur Vaccine, also um neue Lymphstämme, sondern nur um die Folgen zufälliger Übertragungen der Vaccine auf die mit Variola humana geimpfte Fläche des Rindes, also um die Ergebnisse zufälliger Modifikationen gehandelt haben; er hat nach mehreren vergeblichen Versuchen, Variolavaccine zu erzeugen, in der Pariser Impfanstalt drei Kälber mit reinem Glycerin geimpft, die Impffelder der Tiere mit reinen Decken bedeckt und beobachtet, dafs an allen drei Tieren einzelne Impfpusteln entstanden, die verimpfbare Vaccine enthielten. Kelsch hält das Bemühen, Variola zu Vaccine umzuzüchten und mit der frischen Variolavaccine die Kalblymphstämme zu kräftigen, für aussichtslos. Demgegenüber hält V. an der Möglichkeit der Umzüchtung der Variola zu Vaccine und an dem grofsen Nutzen dieser Umzüchtung fest. Die Beobachtungen Kelschs mahnen allerdings

dazu, Versuche zur Gewinnung neuer Variolavaccinestämme nur unter den strengsten Kautelen vorzunehmen und nur dann einen neuen Variolavaccinestamm anzuerkennen, wenn die charakteristischen Wahrzeichen der Vaccination — langsames Reifen der Pusteln, Anwachsen bis zu besonderer Gröfse und hochgradige Virulenz des Impfstoffes — vorhanden sind. *Götz-München.*

Über die Variolavaccine, von L. Voigt - Hamburg und A. Kuhn - Strafsburg. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 123.) Entgegen den Mitteilungen von Kelsch, dem es nicht gelungen war, Variola in Vaccine zu verwandeln, und der glaubt, dafs es deshalb unmöglich ist, auf diese Art die Vaccinestämme zu erneuern, heben die Verfasser hervor, dafs in den deutschen Impfinstituten die Transformation der Variola in Vaccine ein wichtiger und regelmäfsiger Faktor des Impfdienstes geworden ist. Wenn diese Umwandlung auch nicht jedesmal gelingt, so stellen die einzelnen Impfinstitute sich gegenseitig das gewonnene Material zur Verfügung. Man darf aber nie den Inhalt der Pusteln der ersten Generation der Variolavaccine benutzen, sondern erst von der dritten Generation ab. Ohne Variola zu erzeugen, haben diese Pusteln noch eine aufserordentliche Virulenz, welche sich oft im Auftreten von lokalen oder disseminierten Exanthemen kundgibt. Die Pusteln der ersten Variolavaccine-Generationen zeichnen sich dadurch aus, dafs sie nur langsam reifen und erst am siebenten oder achten Tage geerntet werden können. Sie sind auch viel gröfser, behalten viel längere Zeit ihre graue Färbung und trocknen langsamer. Ihr Inhalt ist auch viel wirksamer als die sog. Retrovaccine. Nach mehreren Generationen verwandeln sie sich in gewöhnliche Vaccine mit ihren Eigenschaften. *Gunsett-Strafsburg.*

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1908, von L. Stumpf-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 51.) Aus diesem nach amtlichem Material zusammengestellten Berichte geht hervor, dafs die Schutzpockenimpfung in Bayern recht gründlich durchgeführt wird, und dafs verhältnismäfsig wenige Störungen beobachtet werden. Es wird über einige Fälle von Verallgemeinerung der Impfpusteln durch Autoinokulation in Folge von Kratzen berichtet, ferner über geschwürige Ausartung der Pusteln, gelegentliche Verquickung mit Ekzem und Intertrigo, und bei einem einzelnen Fall in München trat, wie schon anderwärts publiziert worden ist, Erysipel auf. Trotz dieser verhältnismäfsig minimalen Zahl der akzidentellen Störungen (welche ja vielfach überdies als rein zufällige, nicht durch die Impfung bedingte Affektionen zu bezeichnen sind) gibt es auch in Bayern einige enragierte Impfgegner. Es werden sogar zwei Ärzte als solche genannt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Vererbung der Vaccineimmunität, von Karl Süpfle-Freiburg. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 54, Heft 1.) Experimentelle Untersuchungen über die Vererbung der Vaccineimmunität sind bis jetzt nur beim Menschen angestellt worden und negativ ausgefallen. S. hat Versuche über diese Vererbung nun bei Tieren angestellt, sich des Kaninchens hierbei als Versuchstiers bedient und die Impfung mit frischer virulenter Glycerinlymphe ausgeführt. Aus diesen Versuchen geht hervor, dafs die Nachkommen vaccine-immuner Kaninchen in der Mehrzahl der Fälle keine nachweisbare Immunität gegen Vaccine besitzen. Bei einem kleinen Prozentsatz der Tiere ist jedoch eine Beeinflussung der Disposition im Sinne der Vererbung einer partiellen Immunität unverkennbar; diese Immunität ist eine vorübergehende und gewöhnlich lediglich partielle und nur ganz ausnahmsweise besteht totale Unempfindlichkeit. Es kann also die Vaccineimmunität von immunen Müttern auf die Nachkommen vererbt werden, aber nur mit der eben angeführten Einschränkung. *Stern-München.*

Experimentelle und morphologische Studien über das Vaccinevirus, von S. von Prowazek und J. Yamamoto. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 51.) Als

Ergebnis von zahlreichen an Kaninchen ausgeführten Experimenten fanden Verfasser, daſs im zirkulierenden Blute das Vaccinevirus nur eine Stunde lang nach der intravenösen Injektion noch nachzuweisen ist; im Knochenmark hält es sich zwei Stunden und in der Leibeshöhle vier Stunden lang. Hauptsächlich wird das Virus von den Phagocyten aufgenommen, und eine Weiterentwicklung desselben findet im Kaninchenorganismus auſser auf der Haut überhaupt nicht statt. Auch an der Hautdecke gelingt aber die Fortbildung nur, wenn eine Ablösung der obersten Epitheldecke stattgefunden hat. Ferner bestätigten die vorliegenden Versuche die Annahme, daſs es sich bei der Immunität gegen Vaccine um eine reine Hautimmunität handelt; man wird bei der Vaccine ebenso wie bei der Variola mit einer Serumimmunisierung in der Praxis nichts ausrichten können. Zum Kapitel der Morphologie wird hier ferner berichtet über Untersuchungen an feuchten Ausstrichpräparaten, bei denen sich (bei Giemsascher Färbung) an den Zellen in der Nähe des Kernes einzelne oder mehrere tief dunkelrote kleinste Körnchen finden, welche als ein Vorstadium der Guarnierischen Körperchen aufzufassen sein dürften. Diese Initialkörperchen teilen sich zuweilen hantelförmig und sind von einem roten Saum umgeben, der wiederum von einer ausgefaserten unregelmäſsigen Masse blaugefärbten Plastins umgeben ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Beobachtungen über Vaccinevirus, von Prof. Guido Volpino-Turin. *Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 51, Heft 5.) In vorliegender Arbeit gibt V. die Versuche an, welche er zur Reinkultur der Vaccinekörperchen angestellt hat. Dieselben führten ihn zwar nicht zu dem erwünschten Ziele, bestärkten ihn aber in seiner Überzeugung, daſs die von ihm bei Vaccine gefundenen und beschriebenen Körperchen autonome Elemente, daher fähig sind, lange Zeit hindurch ihre charakteristische Eigenschaft, die Beweglichkeit, unverändert zu erhalten; diese Versuche bewiesen aber doch noch, daſs besagte Körperchen, eben weil sie autonom sind, auch einer gewissen Entwicklung in vitro fähig sind. Zusammengehalten mit der Spezifität des Befundes und anderen, durch frühere Forschungen ans Licht gebrachten Tatsachen — hierbei hat V. besonders die Tatsache im Auge, daſs die Körperchen durch spezifisches Serum immobilisiert werden, während Normalserum so gut wie keine Wirkung besitzt — scheinen V. die vorliegenden Versuche zu dem endgültigen Schlusse zu führen, daſs wir es tatsächlich mit für die Vaccine spezifischen Mikroorganismen und also mit gröſster Wahrscheinlichkeit auch mit dem Vaccineerreger zu tun haben. *Stern-München.*

Über die Beweglichkeit der Körperchen der Vaccine und der Pocken, von G. Volpino-Turin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Verfasser wendet sich gegen die von Prowazek und de Beaurepaire veröffentlichten Versuche, welche keine Bewegungsfähigkeit der Vaccinekörperchen ergeben hatten. Er wiederholt, daſs man an infizierten Epithelzellen der Hornhaut eine Reihe von verschiedenartigen (fünf) Fortbewegungsweisen der Vaccinekörperchen erkennen, und daſs von einer Brownschen Molekarbewegung, wie gemeint worden ist, dabei keine Rede sein kann.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Ewingsche Klatschmethode zur Darstellung der Vaccinekörperchen, von E. Paschen-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Das Verfahren besteht darin, daſs von einer frisch geimpften Kaninchencornea durch Anpressen an einen Objektträger serienweise die Hornhautzellen auf das Glas übertragen, wo sie dann alsbald mit Alkohol fixiert und nach Giemsa oder nach Romanowski gefärbt werden. Man erhält auf diese Weise sehr schöne Bilder, an denen sich die verschiedenen Entwicklungsstadien der Vaccinekörperchen klar erkennen lassen. Verfasser bestätigt die Ewingschen diesbezüglichen Angaben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Impfgesetze und die Zunahme der Zahl der „gewissenhafte Bedenken Hegenden“, von L. B. Cane-Peterborough. (*Lancet.* 9. Okt. 1909.) Seit dem Jahre 1898 ist die zwangsmäſsige Durchführung der Impfung in England abgeschafft, indem ein Vater nur nötig hat, unter gewissen gesetzlichen Formalitäten die Erklärung abzugeben, daſs er gewissenhafte Bedenken hege betreffs der Zweckmäſsigkeit solcher Immunisierung, um die Impfung seiner Kinder unterlassen zu dürfen. Diese Formalitäten haben 1907 eine wesentliche Vereinfachung erfahren, und seitdem ist, wie Verfasser zeigt, wenigstens in zahlreichen Distrikten die Zahl der Impfverweigerungen enorm gewachsen, so daſs vermutlich bald mehr ungeimpfte als geimpfte Kinder in England zu zählen sein dürften. Man kann den Folgen dieser Anwendung des Prinzips der gröſstmöglichen individuellen Freiheit in den nächsten Jahren nur mit groſser Spannung entgegensehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Bedeutung des Ekzems bei Impfungen, von Georg Neumann-Landsberg a. W. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1909. Nr. 20.) Der Verfasser wies bereits früher darauf hin, daſs die Gefahr des Ekzema vaccinatum bei ekzemkranken Kindern verhütet werden kann, wenn durch festen Abschluſs der Impfpusteln das Aussickern des Pustelinhaltes verhindert wird. Er teilt zwei Fälle mit, in denen ekzemkranke Kinder geimpft wurden, die Impfstellen mit Gaze bedeckt und durch Heftpflasterstreifen abgeschlossen wurden und bei der Nachschau sich ergab, daſs die Impfschnitte sich zu Impfpusteln entwickelt hatten, ohne daſs das Ekzem verändert war. *Schourp-Danzig.*

Vaccina generalisata und Vaccina secundaria, von L. Bauer - Budapest. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 44.) Die Abweichungen faſst Verfasser in folgenden Punkten zusammen: 1) Die Vaccina generalisata kann viel seltener beobachtet werden, als die Vaccina secundaria. 2) Die Vaccina generalisata pflegt sich gewöhnlich auf einen groſsen Teil der Haut zu erstrecken, während die Vaccina secundaria nur auf jener Stelle entsteht, wohin die aus der primären Pustel stammende Lymphe mit der Hand oder mit einem Gegenstand übertragen worden ist. Eine Ausnahme bilden die an einem Hautleiden erkrankten Individuen, weil bei diesen die Ausdehnung der sich entwickelnden Pusteln die Verbreitung des Hautleidens bestimmt. 3. Die Vaccina generalisata entsteht auf hämatogenem Wege, während die Vaccina sesundaria auf dem Wege der Autoinokulation erfolgt. 4. Die Vaccina generalisata kann nur bei geimpften Individuen vorkommen, während die Vaccina secundaria sich auch bei geimpften und nicht geimpften Individuen, infolge der Übertragung der Lymphe, entwickeln kann. 5. Die Entstehung der Vaccina generalisata kann nicht verhindert werden, während die Möglichkeit des Zustandekommens der Vaccina secundaria durch Einhaltung gehöriger Vorsichts- und Reinlichkeitskauteln stark vermindert, bzw. auch verhindert werden kann. 6. Die Vaccina generalisata pflegt sich nicht auf Schleimhäuten zu entwickeln, und darin liegt ein Hauptunterschied zwischen dieser Vaccina und der Varicella, während die Vaccina secundaria, wenn die Lymphe auf Schleimhäute übertragen wird, sich auf diesen Teilen so entwickeln kann, wie auf der äuſseren Haut. 7. Die Vaccina generalisata ist gewöhnlich ein benignes mildes Leiden, während die Vaccina secundaria, von der Stelle und der Verbreitung der Entwicklung abhängig, auch sehr gefährliche, sogar tödliche Komplikationen hervorrufen kann. Betont muſs werden: 1. An Ekzem, Skabies oder an einem Hautleiden erkrankte Säuglinge sollen nicht geimpft werden. 2. Bei der Inokulation an Anämie, namentlich aber an Rachitis leidender Patienten müssen die Mütter nachdrücklichst ermahnt werden, die Nägel der geimpften Säuglinge oft abzuschneiden. Mit dem häufigen Nagelabschneiden während der Vaccinationszeit kann mit groſser Wahrscheinlichkeit das Aufreiſsen der Pusteln verhindert werden. 3. Es ist notwendig,

dafs das geimpfte Kind täglich gebadet werde. 4. Die Mutter des Impflings mufs, wenn sie an einem Hautleiden leidet, unbedingt über die Unannehmlichkeiten aufgeklärt werden, denen sie durch die Autoinokulation ausgesetzt ist. Das Verbrennen der mit dem Pustelinhalt in Berührung kommenden Verbände mufs dringend empfohlen werden. *Porosz-Budapest.*

Vaccineautoinokulation, von Leo Wolfer-Innsbruck. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 52, Heft 1—3.) Bericht von zwei Mädchen, die geimpft waren, auf die Impfstellen mit dem Finger gefafst und dann mit dem Finger sich am Genitale wegen Juckreizes gekratzt hatten. Dadurch wurden Vaccineautoinokulationen hervorgerufen, die mit Rötung und Schwellung der Labien und mit Schmerzen beim Urinieren verbunden waren. *Schourp-Danzig.*

Über zwei Fälle von Kontaktinfektion des Auges durch Impfpusteln, von Jacob Mark-Temesvar. (*Der Militärarzt.* 1910. Nr. 4.) In beiden Fällen hatte offenbar ein Kratzen der Impfpusteln am Arme stattgefunden, und danach war zufälligerweise das Auge berührt worden. Unter hochgradigem Lidödem und starker Conjunctivitis traten auf der Conjunctiva bulbi bzw. am oberen und unteren Lidrande Pusteln auf, die glatt zur Heilung kamen. *Schourp-Danzig.*

Über schwere Vaccineerkrankungen und ihre Prophylaxe, von A. Géronne-Wiesbaden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Dem Impfling selbst drohen heutzutage aus der Vaccination kaum nach Gefahren, da er mit einem Wall von Vorsichtsmafsregeln schützend umgeben ist. Wohl aber kann seiner Umgebung schwerer Schaden erwachsen, da bei ihr leicht durch Übertragung des Impfstoffes nicht gewollte Vaccinationen zustande kommen. Blochmann stellte aus den Jahren 1880 bis 1904 140 derartige Fälle zusammen, darunter 61 von Übertragung des Impfstoffes ins Auge bei Müttern, Kindermädchen und Ammen. Sobald ein — meist sekundäres — Hornhautleiden oder eine Keratitis parenchymatosa profunda eintritt, bleibt eine dauernde Schädigung. An der Hand eines eigenen Falles zeigt er, wie durch Übertragung des Vaccinevirus auf das Ekzem eines zweijährigen Kindes eine schwere Infektion des Gesamtorganismus mit letalem Ausgang zustande kam. Diese Infektionen erinnern in ihrem klinischen Bilde an Variola vera. Diesen Fall möchte Verfasser als generalisierte Vaccine bezeichnet wissen im Gegensatz zu den weniger schweren Fällen von Ekzema vaccinatum. Es mufs im Hinblick auf derartige Fälle in jedem Impfling ein Infektionsträger erblickt werden und es mufs die gedruckte Anleitung für die Eltern der Impflinge einen Hinweis auf die Möglichkeit einer Übertragung auf die Umgebung enthalten und ihnen zur Pflicht machen, durch sorgfältiges Waschen der Hände nach jeder Berührung der Impfwunde die Übertragung des Contagiums auf sich und andere zu vermeiden. „Für den Impfarzt resultiert die Forderung, die Impfung zu unterlassen, wenn nachgewiesenermafsen ein mit Ekzem behaftetes Kind sich in der Umgebung des zu Impfenden befindet." *Arthur Schucht-Danzig.*

Granulome und Entzündungen nach Vaccination, von Naether - Döbeln. (*Reichs-Medizinal-Azgr.* 1909. Nr. 22.) Durch einen Zufall sah der Verfasser 22 Tage nach der Impfung eine Anzahl von Impflingen wieder und fand bei 20 von 300 Geimpften eine oder mehrere tiefrot gefärbte, weiche, schmerzlose, stark erhabene Geschwülste von Gröfse und Form einer Linse bis eines dem Impfstrich gleichlangen Gänsekiels oder Bleistifts. Als Entzündungsnebenerscheinungen fand sich Rötung in der Umgebung der Schnitte von Talergröfse bis zum erysipelähnlichen Erythem des Oberarms, Schmerz und Induration der Achseldrüsen bis zur über wallnufsgrofsen Anschwellung mit Bewegungsbehinderung des Armes. Diese Erscheinungen führt der Verfasser mit Wahrscheinlichkeit auf Wirkung von Bakterien zurück, die in der Lymphe enthalten waren. *Schourp-Danzig.*

Neue Lymphzerreibungsmaschine (für trockene und glycerinierte Substanz), von E. TOMARKIN. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 52, Heft 1.) T. hat bei dem Bau seiner Lymphmühle vor allem darauf gesehen, einen Apparat zu konstruieren, der bei gesteigerter allgemeiner Leistungsfähigkeit die Verreibung des Impfstoffes, die bei einzelnen der anderen Apparate (von CHALYBÄUS, FELIX, L. PFEIFFER, PAUL-CSOKON) sehr langwierig ist, in möglichst kurzer Zeit gestattet und zugleich für die Zermalmung von trockener Substanz benützt werden kann. Der Apparat besteht im Wesentlichen aus dem Zerreibungsmechanismus mit Antriebrollen, Stativ und Leitrollen; der Antrieb des Apparates geschieht vermittelst motorischer Kraft (Elektrizität oder Wasser) oder durch Fufsbetrieb. Der Zerreibungskörper für glycerinierte Substanz ist nach dem System der Schraubenmühlen gebaut und dessen Einzelheiten nur vermittelst der beigefügten (sieben) Zeichnungen verständlich. Die Verreibung des Rohstoffes in einer Quantität von 200 ccm erfordert bei grober Einstellung der Mikrometerschraube ungefähr zehn Minuten, die zweite feine Verreibung 20—30 Minuten, so dafs also 200 ccm glycerinierter Lymphe in 30—40 Minuten zu einer völlig feinen gebrauchsfertigen Emulsion verrieben werden. In dem Schweizer Serum- und Impfinstitut (unter Prof. KOLLE) hat sich diese Lymphmühle seit mehr als einem Jahre gut bewährt; sie ist leicht zu reinigen und ihr Mechanismus leidet nicht unter den Sterilisierungsmafsnahmen. *Stern-München.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Das Wiederaufleben der Lepra in Mitteleuropa und seine Ursachen, von A. BLASCHKO-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 51.) Nachdem die Lepra in den meisten Ländern Mitteleuropas hauptsächlich infolge der rigorosen Absperrungsmafsregeln im 16. Jahrhundert ganz oder nahezu ganz verschwunden war, hat sie im 19. Jahrhundert in allen diesen Ländern wieder gröfsere Ausbreitung gefunden. Zur Erklärung dieses Wiederauflebens der Krankheit nach so langer Pause zieht BL. die Erfahrungstatsache heran, dafs die weitaus überwiegende Mehrzahl der Menschen immun gegen die Lepra ist; disponiert zur Erkrankung waren wohl niemals mehr als 3—5% der Bevölkerung, dagegen ist die Disposition zweifellos erblich. Durch die Bekämpfung der Lepra im Mittelalter ist nun die Zahl der Leprösen wesentlich verringert worden, und da sie sich nicht ungehindert vermehren, also ihre Disposition nicht weiter vererben konnten, mufste auch die Zahl der Disponierten gewaltig zurückgehen. Infolgedessen konnte die Lepra, als die strengen Absperrungsmafsregeln gemildert und aufgehoben wurden, nicht sofort wieder aufflackern, es mufste erst im Verlaufe zahlreicher Generationen die Zahl der Disponierten wieder anwachsen. — Da auch in den von der Lepra zurzeit verschonten Ländern eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Disponierten vorhanden sind, müssen allenthalben die strengsten Mafsnahmen gegen Einschleppung und Weiterverbreitung der Seuche getroffen werden. Die allerdings harten Bestimmungen des deutschen Reichsseuchengesetzes bezüglich der Leprösen zu ändern, ist sicher nicht am Platze. *Götz-München.*

Über das Vorkommen und die Bekämpfung der Lepra in Bosnien und der Herzegowina, von G. KOBLER-Sarajewo. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 3—5.) Vortrag, gehalten auf der zweiten internationalen Leprakonferenz in Bergen und in dem Konferenzberichte in *dieser Zeitschrift* bereits referiert. *Schourp-Danzig.*

Lepra im Nyassaland, British Zentralafrika, von H. HEARSEY. (*Brit. med. Journ.* 30. Okt. 1909.) Nach den von H. an Ort und Stelle ausgeführten Erhebungen

ist das Leiden unter den Eingeborenen ziemlich stark verbreitet, indem bei einer auf kaum eine Million geschätzten Einwohnerzahl die Leprafälle auf etwa 1600 berechnet sind. Verfasser konstatiert, dafs bei dem Stamme der Angoni, welche keine Fischnahrung verwenden, Lepra nicht vertreten ist; am stärksten tritt das Leiden hervor bei den in dürftigen und unreinlichen Verhältnissen lebenden Völkerschaften.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Berichte über die Verbreitung von Lepra in einigen britischen Kolonien, herausgegeben vom britischen Kolonialamt (August 1909). Dieser Fasciculus bringt eine Reihe von Mitteilungen, welche das Kolonialamt in London von mehreren in verschiedenen Kolonien tätigen Sanitätsbeamten eingefordert hat, um sie bei der in Bergen abgehaltenen Leprakonferenz vorzulegen. Die Darlegungen betreffen namentlich die geographische Verbreitung des Leidens und die von den Behörden in den verschiedenen Gebieten getroffenen gesetzgeberischen Mafsregeln zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung desselben. Diese gesetzlichen Vorschriften sind zum Teil in extenso abgedruckt. Die Liste der Gebiete, in denen das Leiden in beachtenswerter Ausdehnung auftritt, ist eine sehr umfangreiche. Im allgemeinen geht der Tenor der Ansichten über die zu ergreifenden Schutzmafsregeln dahin, dafs man nur von einer Isolierung der Kranken in zweckmäfsig geleiteten Asylen einen Erfolg zu erwarten hat, dafs aber diese Isolierung mit möglichster Vermeidung aller Härten zu erstreben ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über die Leprakolonie Krutyje Rutschji im Gouvernement St. Petersburg während der Jahre 1894—1908, von O. v. Petersen-St. Petersburg. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 46.) Eine wichtige Frage ist die Anstellung des Arztes, der gut besoldet sein soll, um häufigen Wechsel zu vermeiden. Die Ansicht, dafs Lepra unheilbar sei, ist zu bekämpfen. Die Schwerkranken der Anstalt werden in einem hospitalartigen Gebäude untergebracht, die weniger Leidenden in kleinen Holzhäusern zu zwei Zimmern nebst Küche. Im Laufe der 15 Jahre ist eine Reihe von Ehen geschlossen, fünfmal kam es zur Geburt von jetzt noch gesunden Kindern beiderseits lepröser Eltern. Die Kinder sind 60 km entfernt in einem Asyl untergebracht. Die von den Kranken geleistete Arbeit wird bezahlt, ein lepröser Priester leitet die Kirche. Zwangsweisen Aufenhalt in Leprosorien gibt es gesetzlich in Rufsland nicht. Patienten ohne offene Geschwüre und im Zustande der Besserung bekommen zeitweilig Urlaub. Die Zahl der Kolonieinsassen betrug 1908: 78. Die Zahl der Neuerkrankungen scheint abzunehmen. Übernahme des Kampfes gegen die Lepra durch den Staat ist anzustreben. *Arthur Schucht-Danzig.*

Lepra, von L. Duncan Bulkley-New York. (*Med. Record.* 10. Juli 1909.) B. bringt eine Reihe Daten, die dafür sprechen, dafs die Lepra nicht von Mensch zu Mensch übertragen wird, und erklärt sich für einen Anhänger von Hutchinsons Fischtheorie. *W. Lehmann-Stettin.*

Nachklänge zur zweiten internationalen Leprakonferenz in Bergen, von G. Deycke-Hamburg. (*Med.-kritische Blätter.* Bd. I., Nr. 1.) Nach des Verfassers Ansicht war die Leprakonferenz zwecklos einberufen, wie er in der ersten Nummer dieser neuen Hamburger Zeitschrift nachzuweisen versucht. Die Versammlung verlief ziellos und endete ergebnislos. Zu seiner Enttäuschung mufste er erfahren, dafs die Lepra gar nicht in den Wirkungskreis des klinischen Arztes gehört, dafs sie vielmehr Domäne der modernen Bakteriologen und der Regierungsorgane ist, dafs es nicht darauf ankommt, den Leprakranken zu helfen, sondern sie auszusperren von der Gemeinschaft Gesunder und diese dadurch vor der Krankheit zu bewahren. So kam es denn nicht zur Vertretung der Interessen der Leprösen, sondern zur Besprechung sanitätspolizeilicher Probleme. *Schourp-Danzig.*

Über die degenerativen Granulationen des Leprabacillus in den Schweifsdrüsen, von CARLO VIGNOLO-LUTATI-Turin. (*Gazzetta med. italian.* 1909. Nr. 43.) Aus den Untersuchungen des Autors geht hervor, dafs in den Schweifsdrüsen der leprösen Haut einerseits säurefeste nicht bazilläre Körnchen vorkommen können, die man auch bei anderen Hautkrankheiten oder in gesunder Haut findet, und die mit der Lepra nichts zu tun haben, wie dies schon PICK und JADASSOHN zeigten. Aufserdem finden sich aber säurefeste Granulationen, die als Leprabazillendetriten anzusehen sind. Während aber die ersteren nur intracellulär innerhalb der Epithelien des secernierenden Teils der Drüse liegen, können die Degenerationsprodukte des Leprabacillus nicht nur intracellular, sondern auch aufserhalb der Zellen im Lumen der Drüse und des Ausführungsganges liegen und auch in die Interstitien der dissoziierten Epithelien eindringen. Ferner konnte der Übergang der Bazillen in die Körnchenhaufen festgestellt werden. Auch sind sie gröfser als die nicht bazillären, so dafs sie häufig die Dimension des Kerns der sie einschliefsenden Epithelzelle erreichen. *Gunsett-Strafsburg.*

Verhalten des Leprabacillus einigen Fermenten gegenüber, von Prof. R. CAMPANA in Gemeinschaft mit stud. CARBONE ausgeführte Untersuchung. (*Centralbl f. Bakteriol.* Bd. 51, Heft 3.) Verfasser geben hier eine kurze Mitteilung ihrer Versuche, um zu weiteren diesbezüglichen Studien anzuregen, damit Mittel zum Vorgehen gegen einen Bacillus gefunden werden, der dem menschlichen Organismus so verderblich ist. Es wurde geeignetes Material von einem Leprösen zum Digerieren in eine MERKsche Pepsin- und eine Pankreatinlösung (1‰) gelegt und im Brutschrank bei einer Temperatur von 37,5° gehalten, aus welchem es nach 12—16—24 Stunden zur Untersuchung herausgenommen wurde; hierbei waren alle Vorsichtsmafsregeln angewendet worden, um das Auftreten von Fäulniserscheinungen zu verhindern. Beobachtet man die Präparate (von mit Pepsin behandelten Leprakranken) unter dem Mikroskop, so konstatiert man, dafs die Leukocytoidzellen und Detrite zum grofsen Teil verschwunden und verdaut und nur noch Trümmer von ihnen vorhanden sind, die Bazillen ebenfalls verändert (zusammengeballt, kürzer, zerstückelt) und im allgemeinen spärlich sind. Die Zerfallsveränderungen sind ähnliche bei den mit Pankreatin behandelten Lepraknoten, treten aber nicht auf, wenn die Hautstücke vorher in absolutem Alkohol gehalten worden sind. *Stern-München.*

Lepra und Syphilis; Lepra, möglicherweise gleichzeitig mit Syphilis bestehend, Heilung der ersteren durch Quecksilberbehandlung der Syphilis, von JONATHAN HUTCHINSON. (*The Polyclinic.* Juli 1908.) Der Fall betraf einen 32jährigen, kräftigen Mann, welcher vor acht Jahren einen Schanker sich zugezogen hatte, einen kupferartigen Ausschlag später hatte und vier Jahre lang mit Quecksilber behandelt worden ist. Die anamnestischen Daten und die gegenwärtig noch vorhandene Gefühllosigkeit an der Streckseite von Zeigefinger und Vorderarm, welche H. auf destruierende Neuritis zurückführt, sind ihm ferner ein sicherer Beweis für eine milde Form von Lepra, welche wahrscheinlich auch durch Quecksilber Besserung erfahren habe; der Fall könnnte auch als Triumph für RADCLIFFE CROCKER, der Quecksilber als Heilmittel gegen Lepra warm empfiehlt, angeführt werden. *Stern-München.*

Komplementablenkung bei Lepra mit syphilitischem Antigen, von J. ELIASBERG-Riga. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Nach den Untersuchungen E.s bindet das Serum von Kranken mit Lepra tuberosa in 80,6%, das Serum von Kranken mit Lepra nervorum in 15,8% der Fälle das Komplement bei Gegenwart des syphilitischen Antigens. Diese Tatsache beeinträchtigt jedoch den eminent praktischen Wert der WASSERMANNschen Syphilisreaktion in keiner Weise, sie ist auf ganz besondere biochemische Beschaffenheit des Serums Lepröser, auf seine hervorragende Affinität zum Komplement zurückzuführen; denn das Serum Lepröser hemmt

sehr häufig schon allein in der Menge von 0,4 die Hämolyse. Die Nastinbehandlung scheint Abschwächung bis Schwund der Reaktion bei Lepra tuberosa hervorzurufen.
Götz-München.

Die Wassermannsche Serodiagnose bei der Lepra, von Serra. (*Policlinico.* Bd. XVI, Heft 12.) Verfasser hat in 17 Fällen von Lepra die Wassermannsche Reaktion mit verschiedenen Antigenen geprüft, am stärksten und sichersten trat sie auf bei leprösem Antigen; in zwei Fällen von nervöser Lepra, wo die Krankheit seit 26 bzw. 30 Jahren datierte, war sie absolut negativ. *Haas-Hamburg.*

Die Behandlung der Lepra, von Juan de Azúa-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 20.) Azúa behandelt seine Leprakranken ausschliefslich mit Chaulmoograöl, und zwar entweder intern 200 bis 300 Tropfen täglich oder, wenn es nicht vertragen wird, in subcutaner Injektion (2—3 ccm). Er hat damit einerseits die Lebenszeit seiner Kranken um ein Bedeutendes verlängert und hat ihnen andererseits ihre körperlichen Leiden entweder ganz erspart oder sie wenigstens lange hinausgeschoben. Nastin B. hat er nur in zwei Fällen versucht, ohne aber nennenswerte Resultate erzielt zu haben. Allerdings ist die Beobachtungszeit erst eine kurze. Lokal wendet er heifse Umschläge mit übermangansaurem Kali 1 %, Ichthyol 2 %, Perubalsam- und Arg. nitricum-Salben an, ferner Einreibungen mit Chaulmoograöl. Er hat in Madrid einige 200 Lepröse gesehen, wovon 139 eigene Fälle waren. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Nastinbehandlung der Lepra, von Oscar Teague-Manila. (*The Philippine Journ. of Science.* Bd. IV, Nr. 5.) Der Verfasser sah bei vier Leprafällen, die während fünf Monate mit Nastin behandelt wurden, keine bemerkenswerte Besserungen.
Schourp-Danzig.

Die Behandlung von Lepra mit Nastin, von F. Raschid-Trombay. (*Brit. med. Journ.* 6. Nov. 1909.) Kurzer Bericht über drei Fälle von zweifelloser Lepra, welche durch Injektionen (44) von Nastin-Deycke entschieden gebessert zu sein scheinen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

b. *Tuberkulose.*

Tuberkulindiagnostik und Therapie nebst Stoffwechselversuchen bei der Tuberkulinreaktion, von Saathoff-München (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 40.) Für den Dermatologen ist aus dieser Arbeit folgendes kurz hervorzuheben: Die Pirquetsche Cutanreaktion ergab gute diagnostische Anhaltspunkte, und bei positivem Ausfall derselben kann man mit fast absoluter Sicherheit auf eine positive Reaktion der Tuberkulininjektion rechnen. Bei innerer Tuberkulose erzielte S. mit einer Tuberkulintherapie vielfach sehr erfreuliche Resultate; bei drei Fällen von Lupus vulgaris dagegen wurde nur einmal unter Zuhilfenahme von Pinselungen mit Jodtinktur zur Steigerung der Reaktion eine Heilung erzielt, während man bei den zwei anderen Patienten sich veranlafst sah, zu anderen Behandlungsmethoden überzugehen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Wert der Wolff-Eisner-Calmetteschen Reaktion in der Diagnostik der chirurgischen Formen der Tuberkulose, von J. Parassin-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 49.) Es ist ein überaus einfaches, jedem zugängliches, leicht ausführbares, technisch leichtes Verfahren. Es ist zweifellos, dafs die Harmonie zwischen der Positivität der Reaktion und dem Vorhandensein des im Organismus aufgetretenen tuberkulösen Prozesses sehr häufig ist. Es kann aber nicht als absolut spezifisches Verfahren angesprochen werden, denn ein Mangel der Reaktion schliefst nicht absolut sicher die Tuberkulose aus. Es kann also als diagnostisches Hilfsverfahren angewendet werden. Das Ergebnis des wiederholten Einträufelns ist als diagnostisches Hilfsmittel nicht zu verwerten, denn auch die Bindehaut des tuberkulose-

freien Organismus kann mit einer starken Reaktion antworten, während die Conjunctiva des tuberkulösen Individuums oft unempfindlich sein kann. Es ist nicht gefahrlos und nur mit der gröſsten Vorsicht anzuwenden, aber auch dann oft vor eventuellen unangenehmen Nebenerscheinungen nicht sicher. Die Zustimmung des Patienten muſs vorher eingeholt werden und er muſs auch auf die eventuellen Folgen aufmerksam gemacht werden. Für die Prognose kann das Verfahren nicht verwertet werden. Es gibt keine Aufklärung darüber, ob eine gewisse Krankheit tuberkulösen Charakters ist oder nicht. Und bei einer anderen, im Organismus anderwärtigen latenten Tuberkulose kann sie den Chirurgen direkt irreführen, wenn er die Diagnose feststellen will.

Porosz-Budapest.

Über die Moroschè Salbenprobe, von F. Weil - St. Blasien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 48.) An einer Reihe von 65 Patienten hat Verfasser eine 50%ige Tuberkulinprobe nach Moroscher Vorschrift erprobt und 15 positive Resultate erhalten. Bei den Fällen mit negativem Ergebnis entsprach der weitere Verlauf auch dem Ausfall der Probe. W. empfiehlt deshalb diese Methode als ungefährlich, leicht zu verwenden, unbeschwerlich und auch zuverlässig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Wert der Pirquetschen, Pirquet - Moroschen und Pirquet-Detreschen Reaktion bei der Diagnose, Prognose und spezifischen Therapie der Tuberkulose, von J. Szabóky - Meran - Gleichenberg. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 50.) Verfasser kam bei seinen Untersuchungen zu folgenden Konklusionen: 1. Der diagnostische Wert der obengenannten Methoden zur Erkennung der Tuberkulose in der Weise, wenn man nur die Fälle zur Richtschnur nimmt, die mit Hilfe der heute gebräuchlichen klinischen Untersuchungsmethoden diagnostiziert werden, ist nicht von Belang. In dem Falle jedoch, wenn man auch die bakteriologischen und serologischen Untersuchungsmethoden zur Diagnostizierung der Tuberkulose verwertet, kann die Pirquetsche Reaktion namentlich im Anfangsstadium des Leidens bei einer latenten Diagnose gute Dienste leisten. 2. Was den prognostischen Wert der Pirquetschen Reaktion betrifft, so kann man nur soviel sagen, daſs in einem mit vorgeschrittenem spezifischen Stoff nicht behandelten Falle ihr Fehlen eine schlechte Prognose bedeutet. Von der Gröſse und der Erscheinungsgeschwindigkeit der Papel können keine diagnostischen Folgerungen abgeleitet werden, denn auf die Gröſse und Erscheinungsgeschwindigkeit der Papeln können auſser dem Grade des Leidens viele andere Umstände von Einfluſs sein. 3. Wenn jedoch die Annahme richtig wäre, daſs zwischen der Gröſse der Papel und dem Grade der Reaktion ein Zusammenhang besteht, würde die Wahrscheinlichkeit dafür sprechen, daſs die spezifischen Stoffe die Pirquetsche Reaktion beeinflussen, d. h. daſs zwischen der Pirquetschen Reaktion und dem Grade der Immunisierung ein Zusammenhang besteht. 4. Bei der durch geübte Hand sozusagen ganz schmerzlos anwendbaren Pirquetsche Reaktion kann der Vorteil der Pirquet - Morosche Reaktion, nämlich die vollkommen schmerzlose Ausführung, nicht in Betracht kommen. Der eventuelle Nachteil, daſs der Patient die positive Reaktion gar nicht erkennt, ferner daſs, wenn auch der Unterschied sehr gering ist, aber doch nicht so empfindlich wie die Pirquetsche cutane Reaktion, vermindert den Wert der Pirquet - Moroschen Reaktion. 5. Mit der Pirquet - Detreschen differenzierenden Untersuchungsmethode kann nicht klargestellt werden, ob in dem gegebenen Falle humane oder bovine Infektion vorhanden ist oder ob man mit einer chronischen oder akuten Krankheit zu tun hat. *Porosz-Budapest.*

Die v. Pirquetsche Reaktion beim Lupus Millani, von Define. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* Bd. XXXI, Heft 23.) In 50 Fällen von Lupus war die Reaktion 50 mal positiv; dieselbe hat diagnostisch ungemeine Bedeutung für die Tuberkulose der Haut, für welche sie als spezifisch zu betrachten ist. *Haas-Hamburg.*

Wert des Kochschen Alttuberkulins in gewissen Hautkrankheiten, von E. de Oyarzábal. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 21.) Eine Methodik der Tuberkulininjektionen, wie sie O. in der Neisserschen Klinik anzuwenden lernte und später in Madrid anwandte. Ist eine tuberkulöse Visceralläsion vorhanden, so beginnt O. mit ganz kleinen Dosen, 1/100 mg bis 1/10. Sind die Lungen frei, so beginnt er mit 1/2 oder 1 mg. Wenn die lokale Reaktion stark und typisch ist, so sind z. B. beim Lupus die Knötchen von einer hyperämischen Zone umgeben und viel besser sichtbar. Aber nie sieht man während der Reaktion Knötchen an Stellen, wo vorher keine waren. Wenn eine erste Reaktion von 1/10 mg keine Reaktion hervorruft, so kann innerhalb 48 Stunden eine stärkere gegeben werden. Als Maximaldose wendet er 10 mg an. Wenn damit keine Reakion hervorgerufen wird, so kann angenommen werden, dafs es sich nicht um eine tuberkulöse Läsion handelt.

Mit der lokalen Reaktion ist gewöhnlich eine allgemeine vergesellschaftet, welche sich durch hohes Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen kundgibt. Es gibt auch falsche lokale Reaktionen, die aber sehr schnell wieder verschwinden, im Gegensatz zu den wahren, welche viel persistenter sind und das Primärelement viel besser hervortreten lassen. Bei einer derartigen falschen Reaktion mufs oft eine zweite Injektion zur Kontrolle erfolgen. Um sicher zu sein, dafs es sich jedesmal um eine rein lokale Reaktion handelt, kann man die allgemeine durch eine Gabe von 1 g Antipyrin sechs bis acht Stunden vor der Injektion ausschliefsen. Grofse Dienste leistet die Reaktion, wenn es sich darum handelt, zu erkennen, ob ein behandelter Lupus geheilt ist. Auch für die Differentialdiagnose mit Lues ist es besser, eine Tuberkulininjektion als eine Probemerkurialkur zu machen. *Gunsett-Strafsburg.*

Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Skrophulose, von Th. Escherich-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38.) Wenn auch eine bazilläre Entstehung der allein für Skrophulose charakteristischen Krankheitserscheinungen, der diffusen Haut- und Schleimhautveränderungen, der skrophulösen Conjunctivitis, Blepharitis und Rhinitis sowie des skrophulösen Ekzems, mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, so ergibt doch nach den Erfahrungen E.s und anderer Autoren die Pirquetsche Tuberkulinprobe bei allen mit Skrophuliden (den Scrophulides superficielles Bazins) behafteten Kindern ein positives Resultat. Es mufs daher die Skrophulose als selbständige Erkrankung gestrichen und in den Rahmen der tuberkulösen Erkrankungen einbezogen werden.

Zwischen den nicht-bazillenhaltigen skrophulösen Erscheinungen, den Skrophuliden, und den cutanen Tuberkulinreaktionen besteht nicht nur eine weitgehende äufserliche Ähnlichkeit, sondern auch eine nahe Verwandtschaft bzw. Wesensgleichheit; das beweist der Umstand, dafs die Skrophulide und die Pirquetsche Cutanreaktion durch die Behandlung mit Alttuberkulin in gleichem Sinne beeinflufst, unter Umständen zum Verschwinden gebracht werden. Daraus geht hervor, dafs die bei Skrophulose bestehende Überempfinlichkeit der Haut und Schleimhaut, auf deren Boden sich das pathognomonische Symptom der Erkrankung, die Skrophulide, entwickeln, nichts anderes ist als ein durch die aufgeschlossenen Tuberkulotoxine der Bazillen hervorgerufener Intoxikationszustand. Als Skrophulose oder richtiger als skrophulöse Erscheinungen, Skrophulide, sind also die im Verlaufe der infantilen Tuberkulose bei latentem tuberkulösen Herde auftretenden tuberkulotoxischen Integumentveränderungen zu bezeichnen; treten manifeste bazilläre Krankheitsherde hinzu, so handelt es sich um „Skrophulo-Tuberkulose". Die reinen Skrophulosen stellen die harmloseste Form der infantilen Tuberkulose dar; sie heilen in der Regel aus und bieten dann sogar einen relativen Schutz gegen spätere Infektion. Auch die Skrophulo-Tuberkulosen haben eine günstigere Prognose als die rein tuberkulösen Erkrankungen der Kinder.

Aus der Tatsache, daſs bei skrophulösen Kindern fast ausnahmslos die Merkmale des Status lymphaticus vorhanden sind, schlieſst E., daſs das Bestehen dieser zumeist angeborenen Konstitutionsanomalie den Grund für das Hervortreten der skrophulösen Symptome im Verlaufe der Tuberkulose bildet. *Götz-München.*

Über die Beziehungen der Skrophulose und Tuberkulose, von F. Schmeg-Beuthen O.-S. (*Tuberculosis.* 1909. Nr. 10.) Zum Nachweis von Wechselbeziehungen zwischen Skrophulose und Tuberkulose hat Verfasser an Kindern zunächst mit der Ophthalmoreaktion Untersuchungen angestellt, diese Methode aber bald wegen verschiedener Unzulänglichkeiten verlassen und sich später nur der Pirquetschen Cutanreaktion bedient. Nach seinen eigenen Beobachtungen und den Ergebnissen der ziemlich ausführlich angeführten Literatur erklärt er die Skrophulose zweifellos für eine Äuſserung des tuberkulösen Virus. Demgemäſs stellt er die Forderung, daſs skrophulöse Kinder möglichst vor jedem Verkehr mit tuberkulösen Kranken bewahrt bleiben sollen, bis sie durch Überstehen der Skrophulose eine gewisse Immunität gegen weitere Infektion erlangt haben. *Phlippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische Beobachtungen über die embolische Hauttuberkulose, von L. Török-Budapest. (*Bör-és Bujakortan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 3.) Hauttuberkulose kann bekanntlich auf dreierlei Weise zustande kommen, und zwar 1. durch Einimpfung, 2. dadurch, daſs die Bazillen von einem unter der Haut befindlichen tuberkulösen Organ entweder unmittelbar, von Schicht zu Schicht gehend, oder auch auf dem Wege der gröſseren Lymphgefäſse in die Haut eingeführt werden und 3. daſs die Bazillen von einem tuberkulösen inneren Organ auf dem Wege der Blutbahnen in die Haut gelangen. Die Aufhellung der Pathogenese der Hauttuberkulose ist sehr wichtig. Verfasser beobachtete sechs Fälle des embolischen Lupus vulgaris. Die verruköse Form des Hautlupus kann auf embolischem Wege entstehen. Der gemeinsame Charakterzug der embolischen Lupusfälle ist, daſs sie sehr geringe Neigung zur Geschwürsbildung haben. Nur die oberflächlichen Schichten des tuberkulösen Gewebes zerfallen. Wenn das tuberkulöse Gewebe in der Haut vollkommen vernichtet wird, ist der Lupus endgültig geheilt. Der lymphogene Lupus rezidiviert fortwährend. In einem Falle von Lupus miliaris und akneiformem Tuberkulid traten plötzlich und in groſser Zahl Herde auf. Die Herde auf der Stirn und der behaarten Kopfhaut machten den Fall interessant. Die embolischen Fälle entstanden alle im Kindesalter. In vier Fällen gingen Masern, in einem Falle Scharlach voraus. Die ersteren sind ein häufiger Vorläufer der embolischen Hauttuberkulose. Die embolische Pathogenese kam dadurch zum Ausdruck, daſs in kurzer Zeit Herde in groſser Zahl (16—70—15) entstanden. Die Herde kamen auf den bevorzugten Stellen der Hautveränderungen (Kopf und Gliedmaſsen) vor. In einem Falle entstand im Gesicht ein einziger Herd in Begleitung hohen Fiebers, das sich zur Entstehung der Hauttuberkulose, die durch Einimpfung von auſsen entstanden ist, nicht zuzugesellen pflegt. Im Gesicht entstehende einzelne Lupusherde wurden gewöhnlich von auſsen erfolgter Infektion zugeschrieben. Drei Fälle von embolischem Skrophuloderma wurden von verschiedenen Verfassern beobachtet. Das klinische Bild des eigentlichen Skrophulodermas ist mit dem des sekundären Skrophulodermas identisch, das durch Tuberkulose der unter der Haut befindlichen Organe entsteht und damit auch zusammenhängt, aber in dem subcutanen Bindegewebe freibewegliche, mit den tieferen Schichten zusammenhängende, kugelartige Infiltrate bildet. Die benachbarten Organe sind gesund. Von dem auf dem Lymphwege entstandenen Skrophuloderma distal findet man in der Haut, im Knochen, im Gelenk primäre tuberkulöse Knoten. Sie haben eine ausgeprägte Heilungsneigung. Den Zusammenhang mit Tuberkulose zeigt der Umstand, daſs von 41 veröffentlichten Fällen 20 mit Tuberkulose behaftet waren. Von den mitgeteilten elf Fällen konnte

man bei acht sichere Zeichen der Skrophulotuberkulose (in der Lunge, in den Lymphdrüsen, auf der Haut, in den Knochen) nachweisen. Tiefliegende Herde entstanden mit den miliarlupösen Herden der Haut zu gleicher Zeit. Die angedeuteten Veränderungen entstanden in einzelnen Fällen mit den sicher tuberkulösen (lupösen, skrophulodermatischen) Veränderungen der Haut zu gleicher Zeit. Der Nachweis der Tuberkelbazillen ist nur in zwei Fällen gelungen. Von den klinischen Eigentümlichkeiten der nekrotisierenden, akneiformen Tuberkulose verdienen hervorgehoben zu werden: die rapide Entstehung, das Auftreten der Herde in Gruppen (zumeist symmetrisch auf den Hautregionen an den Gliedmaſsen und auf dem Kopfe). Die Streckseiten erkranken zumeist, von denen es bekannt ist, daſs sie von hämatogenen Leiden mit Vorliebe aufgesucht werden. Die Hautveränderungen der akneiformen Tuberkulose sind von kleiner Ausdehnung und heilen von selbst. Nekrotisierende akneiforme Tuberkulide kommen häufig mit anderen Formen der Hauttuberkulose vor. Bei zwei Fällen von Erythema induratum (Bazin) war die Lokalisation der tief entstehenden, groſsen, konsistenten, embolischen Herde an den Gliedmaſsen, ihr langer Bestand und die auf Tuberkulose deutenden sonstigen Erscheinungen sehr charakteristisch. Die hämatogene Hauttuberkulose ist im allgemeinen eine benigne. *Porosz-Budapest.*

Tendovaginitis und Tuberkulose der Haut, von Pio Foà. (*Archiv. per le Scienze Mediche.* Bd. XXVIII, Heft 4.) Beobachtung eines Falles von gleichzeitig bestehender tuberkulöser Tendovaginitis des linken Vorderarmes und Tuberkulose der Haut daselbst. *Haas-Hamburg.*

Tuberkulöse Hautgummata im Gesicht, von Define. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* Bd. XXXI, Nr. 20.) Bei einem sonst gesunden Kranken trat die Affektion unter Beteiligung der Lymphdrüsen in Form von groſsen und kleinen Knoten auf. Pirquet positiv; bei der Impfung eines Meerschweinchens fanden sich Tuberkelbazillen. Behandlung mit Arsen innerlich, zum Teil chirurgisch. Heilung in bemerkenswert kurzer Zeit nach 38 Tagen. *Haas-Hamburg.*

Die Behandlung der tuberkulösen Lymphdrüsenentzündung und tuberkulösen Dermatitis mittels X-Strahlen, von Russell H. Boggs-Pittsburg. (*New York med. Journ.* 19. Febr. 1910.) B. erklärt, die Resultate der Röntgenbehandlung bei tuberkulöser Drüsenentzündung, speziell des Halses, verdienten einen guten Teil mehr Aufmerksamkeit und ernste Beachtung, als ihnen bis jetzt von seiten der Ärzte zuteil geworden sei. Die Röntgenstrahlen scheinen sowohl einen allgemein-konstitutionellen wie einen lokalen Einfluſs zu haben, indem sie Rezidive weniger häufig machen. B. teilt die Drüsentuberkulose in drei Arten: 1. Einfache, leichte Drüsenschwellung, wie sie oft nach Typhus, Masern oder anderen Infektionskrankheiten beobachtet wird. Diese Art von Drüsenaffektionen sollte stets sofort mit Röntgenstrahlen behandelt werden, weil in jedem Falle dieselben Heilung bringen. Ist Eiterung vorhanden, so muſs inzidiert und die Röntgenbehandlung fortgesetzt werden. Die zweite Art umfaſst Drüsenschwellungen gröſseren Umfanges, wo schon die anderen Behandlungsarten versagt haben. Intensive Bestrahlung — drei bis vier Monate hindurch — macht die Drüsen kleiner, freier beweglich und der Exzision leichter zugänglich. Die dritte Art von Fällen betrifft Rezidive von Drüsenschwellungen nach bereits vorgenommener Operation. Hierbei muſs man etwas vorsichtiger bestrahlen, da leicht Dermatitis sich einstellt. In den 25 von B. behandelten Fällen dieser Art war regelmäſsig auch auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, Zunahme des Körpergewichts usw. zu konstatieren. Von Tuberkulose der Haut unterscheidet B. vier Arten: 1. Lupus vulgaris, 2. Tuberculosis verrucosa, 3. Skrophuloderma und 4. Tuberculosis orificialis. Bei Tuberculosis verrucosa ist es oft rätlich, die Herde entweder mit Elektrolyse oder dem Messer zu entfernen und dann zur Zerstörung der übriggebliebenen Herde einige

wenige, intensive Bestrahlungen vorzunehmen. Bei Lupus sind nun sowohl Finsenlicht wie Röntgenstrahlen feststehende Behandlungsmethoden; ein Vorteil der letzteren liegt darin, daſs sie weniger Zeit zur Heilung beanspruchen und auch ausgedehntere Stellen in einer Sitzung behandelt werden können. Rezidive sind nach B.s Erfahrung seltener, wenn eine leichte Dermatitis erzeugt worden ist. Viele Patienten mit Hauttuberkulose haben ebenso wie jene mit Drüsenschwellung nach der Röntgenisierung bedeutend an Gewicht zugenommen. In Amerika scheint die Röntgenbehandlung gegenüber dem Finsenlicht immer mehr an Boden zu gewinnen. *Stern-München.*

Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose, von Rollier-Leysin. (*Klin-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 48.) Die Strahlen des Sonnenlichtes bewirken eine Steigerung des Stoffwechsels in allen Geweben, sind bakterientötend, oxydierend, reduzierend, schmerzstillend und sklerogen und daher wirksam in allen Fällen von tuberkulösen Erkrankungen, wie Periostitiden, Ostitiden und Arthritiden. Der Verfasser sah die schmerzstillende Wirkung besonders bei Coxitis, Gonitis, Peritonitis und bei Tuberkulose des Darmes und des Harnapparates. Die Heliotherapie scheint ihm die einzige rationelle Behandlung der Adenitiden und der Halslymphome.

Schourp-Danzig.

Die Anwendung von Quecksilbersuccinimid bei oberflächlichen tuberkulösen Erkrankungen, von R. Hertzberg-Stamford. (*New York. med. Journ.* 20. Nov. 1909.) Auf Grund von allerdings nur drei Fällen, welche jugendliche Patienten von 24, 27 und 38 Jahren, sämtlich weiblichen Geschlechts, betrafen, wo also immerhin die syphilitische Natur der betreffenden Haut- und Schleimhautaffektionen in Frage kam, rühmt H. die prompte Wirkung dieses löslichen Quecksilberpräparates auf Haut- und Schleimhauterkrankungen hartnäckigster Natur. Das Quecksilbersuccinimid macht weniger Schmerzen als die anderen löslichen Quecksilberpräparate, Knotenbildung tritt jedoch an der Injektionsstelle auf, kommt aber meist zur allmählichen Resorption; bei mehr als 150 Injektionen erlebte H. nur (? Ref.) einmal Absceſsbildung, wobei nach Entleerung rasche Heilung folgte. Die jedesmalige Dosis des Quecksilberpräparats betrug $^1/_4$—$^1/_5$ g, alle vier bis fünf Tage zu injizieren. Erwähnt sei, daſs H. bei zweien der Fälle neben der Quecksilberkur und innerlich Jodpräparaten Röntgenstrahlen gegen die hartnäckigeren Hautgeschwüre (äuſserlich Kürettement usf.) anwandte. *Stern-München.*

Fünf Fälle von eitrigen äuſserlichen Tuberkulosen, behandelt und geheilt mit Injektionen von Gomenol und Gomenolöl, von Rallier Du Baty-Lamballe. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 140.) Auſser Knochentuberkulosen und kalten Abscessen behandelte der Verfasser folgende Fälle mit Gomenol:

1. Tuberkulöses Gumma der Wange bei einem jungen Mädchen. Bei der ersten Punktion wurde krümeliger Eiter entleert. Therapeutisch nahm R. zuerst fünf Injektionen von $^1/_2$ ccm Jodoformäther vor. Da diese kein Resultat gaben, wurde jeden dritten Tag eine Injektion von fünf Tropfen Gomenolessenz vorgenommen. Nach der vierten stellte sich die erwünschte entzündliche Reaktion mit abundanter Eiterabsonderung ein. Nach der sechsten versiegte der Absceſs und vernarbte, um nicht wieder aufzutreten.

2. Ein 26jähriger Mann mit faustgroſser Polyadenitis cervicalis bekommt in die Fluktuationsstelle eine Injektion von 1 ccm Gomenolöl 50%. Nach der vierten trat wieder eine entzündliche Reaktion auf, dann folgte ein rapides Schwinden des ganzen Knotens. Nach zwei Monaten war von den Cervikaldrüsen nichts mehr vorhanden. Im ganzen wurden sechs Injektionen vorgenommen. *Gunsett-Straſsburg.*

Über tuberkulöse Hautkrankheiten und deren Behandlung, von J. L. Bunch-London. (*Lancet.* 29. Jan. 1910.) Enthält nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der tuberkulösen Affektionen mit den organischen Verbindungen des Phosphordeutoxyds (H_3PO), von M. V. Romanowsky - Berschad (Podolien). (Genf, bei Kündig.) Der Verfasser glaubt, daſs das Wesen der Tuberkulose auf einer Erkrankung der Zellkerne beruht, wobei der Phosphoraustausch in anormaler Weise gesteigert ist. Ihre Malignität ist auf einen Mangel an Phosphor im Organismus zurückzuführen, dem durch Einführung dieses leicht oxydabeln Oxyds abgeholfen werden kann. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Lupusarten, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 43.) Kurze Beschreibung des Lupus vulgaris und des Lupus erythematodes, die nach D. nicht als verschiedenartige Krankheiten aufzufassen sind; denn auch der Lupus erythematodes ist — nach Ansicht der französischen Dermatologen — zweifellos tuberkulöser Natur. D. hält ihn für eine abgeschwächte, zur Gruppe der Tuberkulide gehörige Hauttuberkulose. *Götz-München.*

Lupusbekämpfung in Deutschland und Österreich. (*Tuberculosis.* 1909. Nr. 10.) 1. Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose erläſst unter dem Hinweis, daſs die vor kurzem ausgeführte Rundfrage die Zahl der in Behandlung befindlichen Lupuskranken in Deutschland auf 11000 beziffert, und daſs wahrscheinlich noch doppelt so viele Lupuskranke zurzeit ohne ärztliche Behandlung existieren, einen Aufruf zur Stiftung geeigneter Heilstätten, wo alle modernen Hilfsmittel, chirurgische Behandlung, Finsensche Lichtmethode usw. in Anwendung gebracht werden sollen. Zuwendungen sind an die Geschäftsstelle, Berlin W. 9, Königin Augustastraſse 11, zu adressieren. 2. Aus Österreich wird berichtet, daſs in der von Lang in Wien gegründeten Heilstätte bis zum Jahre 1909 nicht weniger als 412 Patienten auf diese Weise behandelt wurden; von diesen konnten 291 wiederholt kontrolliert werden, wobei sich ergab, daſs 259 dauernd rezidivfrei geblieben sind.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Graudenzer Lupusheim. Ein Beitrag zur Bekämpfung des Lupus, von E. Meirowsky - Köln. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 6.) Gleich anderen Autoren ruft M. zum Kampfe gegen Lupus auf. Wie dieser Kampf zu führen ist, zeigt das Graudenzer Lupusheim, das mit verhältnismäſsig geringen Mitteln vom Graudenzer vaterländischen Frauenverein auf M.s Anregung hin gegründet worden ist. Die Zentralisierung der Lupusbehandlung in besonderen Heilstätten, sei es in eigenen Lupusheimen oder in Spezialabteilungen gröſserer Krankenhäuser oder Universitätskliniken, ist jedenfalls die erstrebenswerteste Form der Bekämpfung des Lupus. In diesen Behandlungsstätten müſste, wie es auch in Graudenz geschieht, neben der Finsentherapie und anderen Heilmethoden soviel wie möglich die von Eduard Lang-Wien ausgebildete operative Behandlung geübt werden, durch die manche Kranke rasch, vollständig und mit geringen Kosten geheilt werden können. Den Vereinen, welche die Lupusheilstätten zu gründen und ihre wirtschaftliche Leitung zu übernehmen hätten, fiele auſserdem die Aufgabe zu, die Kranken nach ihrer Entlassung unter Beobachtung zu halten, sie zur ärztlichen Untersuchung zu schicken und ihnen schlieſslich Brot und Arbeit zu verschaffen; es könnten aber auch, wie Neisser empfiehlt, die Fürsorgestellen für die Tuberkulösen die Lupuskranken unter ihre Obhut nehmen. *Götz-München.*

Zur Behandlung des Lupus vulgaris, von E. Finger - Wien. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 38 u. 39.) Kurze Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus. Die Therapie habe in dieser Beziehung in den letzten Jahrzehnten zweifellos wesentliche Fortschritte erzielt, wir sind aber noch von einer idealen Behandlungsmethode weit entfernt. Die Behandlung sollte, wie bisher, Aufgabe der Kliniken und Abteilungen der Krankenhäuser bilden und nicht der „Lupusheilstätten“, deren Ein-

richtung und Erhaltung sehr kostspielig ist und die trotzdem nur verhältnismäfsig wenigen Patienten Hilfe bringen können. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Rücksicht auf die Pathogenese, von Eduard Lang-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 40.) L. unterscheidet wie bei der Betrachtung der Spirochaeta pallida und der von ihr abhängigen pathologischen Vorgänge auch beim Tuberkelbacillus zwischen pathischen und apathischen Lokalisationen, zwischen pathischen und apathischen Phasen. Die Haut besitzt von vornherein eine gewisse Immunität gegen die Ansiedlung und besonders gegen die Ausbreitung des Tuberkelbacillus, sie wird überdies leichter als irgendein anderes Gewebe bei Tuberkulose-Infektion durch Bazillenprodukte immunisiert; die infolgedessen an sich verhältnismäfsig seltene Ansiedlung des Tuberkelbacillus in der Haut gehört daher im allgemeinen zu seinen apathischen Lokalisationen. Zumeist handelt es sich beim Lupus um eine lokale Infektion, die entweder von aufsen her (exogen) stattgefunden hat oder durch Schichtenwanderung des Tuberkelbazillus aus einem unter der Haut gelegenen tuberkulösen Herd zustande gekommen ist. Tuberkelbazillen können in den Lymphspalten der Haut jahrelang apathisch lokalisiert sein, um dann aus irgendwelchem Anlafs, manchmal nach einem akuten Exanthem, pathisch zu werden und dann eine lupöse Erkrankung der Haut hervorzurufen. — Da der Lupus eine lokale Affektion darstellt, so ist bei der Lupustherapie das Hauptgewicht auch auf die lokale Behandlung zu legen. Den Vorzug vor allen Methoden gibt L. der Exzision des kranken Gewebes, deren Anwendung für den mit der chirurgischen Technik vertrauten Arzt durchaus nicht auf kleine Herde beschränkt ist; sie führt viel rascher zum Ziel und ist daher wesentlich billiger als die Finsentherapie. Jede Behandlungsart, die nicht radikal ist, dabei aber zur Bildung schwieliger Narben führt, ist fehlerhaft; hierher gehört die Anwendung des scharfen Löffels, des Paquelin- und Lapisstiftes. Die Angliederung von Lupusheilstätten an andere Kliniken usw. ist zu widerraten; sie sollen selbständige Institute sein. *Götz-München.*

Die Behandlung des Lupus, von M. Wolters. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Klinischer Vortrag, in dem die verschiedenen Arten der Lupusbehandlung in ihrer Wirksamkeit kritisch gewürdigt werden. Besonderen Wert legt W. auf die Kombination verschiedener Methoden, durch die sich das ganze Heilverfahren gewöhnlich wesentlich abkürzen läfst. Zur Vorbehandlung vor Anwendung der Finsenschen Methode eignet sich bei ulcerösen Formen namentlich die Bestrahlung mit der Kromayerschen Quarzlampe, bei verrukösen Formen die Anwendung von Resorcin oder Salicylpflastern; weniger zu empfehlen ist die Vorbehandlung mit Röntgenstrahlen, die in ihrer Wirkung „launisch“ sind und ein schlechtes kosmetisches Resultat ergeben. Ganz ausgezeichnete Erfolge erzielt man mit der Pyrogallussäurebehandlung, wenn sie mit anderen Methoden — Injektionen von Alttuberkulin, Auskratzung oder Zerstörung der Herde durch Hitze oder besser noch durch festgeprefsten Kohlensäureschnee oder Blofslegung der Knötchen durch Kalilauge — in richtiger Weise kombiniert wird. Während der Pyrogallolbehandlung nimmt W. besonders im Stadium der Ulceration und der Ausheilung Röntgenbestrahlungen vor; es wird dadurch, ebenso wie durch die Tuberkulininjektionen, die Abstofsung des kranken Gewebes unterstützt, das Verfahren abgekürzt und bei guter und glatter Narbenbildung die Gefahr der Rezidive eingeschränkt. Nach Abschlufs der Pyrogallolbehandlung werden die Rezidivknötchen durch Finsenbestrahlungen zum Verschwinden gebracht. Bei isolierten Lupusknötchen, besonders auch solchen, die in Narben liegen, wirkt auch die Spickmethode Unnas mit Liquor Stibii chlorati sehr gut. *Götz-München.*

Beitrag zur Behandlung des Lupus, von J. Miklos-Dunaszudahely. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 43.) Der Verfasser läfst mit 5—25%iger Karbolsäure-

lösung getränkte, mehrfach übereinandergelegte Hydrophilgazelappen in der Gröfse der Lupusplaque auf die infiltrierten Stellen legen, darüber eine Wattelage und Guttaperchapapier decken und das Ganze mit einer Mullbinde befestigen, so dafs die Patienten ihrer Beschäftigung nachgehen können. Nach mehrmonatiger Behandlung soll Heilung ohne entstellendes Narbengewebe und ohne Rezidive eintreten.

Schourp-Danzig.

Kalium permanganicum crystallisatum als gewebezerstörendes Mittel in besonderer Hinsicht auf die Anwendung beim Lupus, von F. Becker-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Zu dem Artikel von Finck und dessen Empfehlung des Kalium permanganicum bemerkt B., dafs er schon vor acht Jahren in der Lassarschen Klinik zahlreiche Versuche mit diesem Mittel (wie auch andere Autoren) ausgeführt hat, aber wegen der grofsen Schmerzhaftigkeit des Verfahrens, der Instabilität der Resultate und wegen des starken Reizes, den die pulverisierte Substanz auf die Schleimhäute ausübt, wieder davon zurückgekommen ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Fortbildungskurse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten, die in der ersten Hälfte des Oktober 1910 im Ost-Krankenhaus, Berlin O., Tilsiter Strafse 22, abgehalten werden. 1. Prof. Kromayer: Die neuen physikalischen Heilmethoden und die narbenlosen kosmetischen Operationsverfahren. 5stündlich. 2. Dr. Rave: Praktische Einführung in die Röntgen- und Lichttherapie. 5stündlich. 3. Ingenieur Heinz Bauer: Physikalische Grundlagen der Röntgen- und Lichttherapie. 5stündlich. 4. Dr. Assmy: Diagnose und Therapie der Syphilis nebst Übungen in der Darstellung der Spirochäten. 5stündlich. 5. Dr. Stanjeck: Serodiagnostik der Syphilis mit praktischen Übungen. 5stündlich. 6. Dr. Hagen: Diagnose und Therapie der akuten und chronischen Gonorrhoe. Demonstrationen der neuesten Endoskope und praktische Übungen. 5stündlich. 7. Dr. Jahr: Cystoskopie und Ureterenkatheterismus. 10stündlich. Die dirig. Ärzte: Prof. Kromayer, Dr. v. Chrismar.

Einem Wärter kamen bei **Pflege eines Geschlechtskranken Gonokokken** in das Auge. Demnach Bindehautentzündung. Die Unfallversicherungsgesellschaft, gegen die geklagt wurde, hat ihm eine lebenslängliche Rente zu gewähren. (Entsch. des Reichsgerichts vom 13. Mai 1910.) Die Bindehautentzündung entstand plötzlich, indem der Kläger mit der Hand, an der sich Gonokokken befanden, eine unwillkürliche Bewegung nach dem Auge machte; sie entwickelte sich nicht allmählich von innen heraus. Es lag auch nicht grobe Fahrlässigkeit vor, da die Gonokokken ohne eine solche an die Hand des Wärters kommen konnten.

(Nach *Dtsch. Med.-Ztg.* 1910. Nr. 26.)

Die Erkrankungen der Mandel der Zungenwurzel (Tonsilla quarta), von K. Vymold-Prag. (*Med. Blätter.* 1910. Nr. 17.) Ein zwölfjähriger Mädchen litt an einer hypertrophischen Mandel der Zungenwurzel. Die Mandel wurde mit einer gebogenen, galvanokaustischen Schlinge entfernt. Die histologische Untersuchung ergab follikuläres Gewebe, typische kugelige lymphoide Follikel im adenoiden Gewebe, an der Oberfläche unverändertes, mehrschichtiges Pflasterepithel. *Schourp-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. № 7. 1. Oktober 1910.

Aus dem Privatlaboratorium des Herrn Dr. JOH V. FICK in Wien.

Beginnt die Dermatitis papillaris capillitii (KAPOSI) als Folliculitis oder nicht?

Von

Dr. OSKAR SCHEUER-Wien.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Die in der Überschrift des vorliegenden Aufsatzes gestellte Frage kann insofern noch nicht als endgültig erledigt angesehen werden, als noch in neuester Zeit die zuerst von KAPOSI vertretene Anschauung, die in Rede stehende Erkrankung sei eine Dermatitis sui generis unabhängig von dem Follikularapparat, Anhänger gewonnen hat (KELBER 1903, GUSZMAN 1905, LIPSCHÜTZ 1909), welche die von HEBRA sen. und französischen Autoren und zuletzt insbesondere von EHRMANN vertretene Auffassung des Krankheitsbildes als Folliculitis mit ungewöhnlichem Verlaufe bekämpfen.

Die Meinungsverschiedenheiten erklären sich, wie auch schon frühere Autoren bemerken, dadurch, dafs das Krankheitsbild in den verschiedenen Stadien ein sehr wechselndes ist, und die verschiedenen Untersucher, je nachdem welche Bilder ihnen gerade bei der Untersuchung vorlagen, ihre Anschauung eben auch verschieden bilden mufsten.

Hauptsächlich handelt es sich um die Frage, ob die akut-entzündlichen Vorgänge an den Follikeln, die auch noch anzutreffen sind, wenn die Krankheit schon einige Zeit oder eine geraume Zeit lang besteht, alle ausschliefslich sekundärer Natur sind, wie KAPOSI und diejenigen behaupten, welche ihm im wesentlichen beistimmen, oder ob die akut-entzündliche Erkrankung der Follikel das Primäre ist, wie HEBRA sen. und in neuerer Zeit insbesondere EHRMANN behaupten.

Entscheiden läfst sich die Frage nur, wenn man Gelegenheit hat, die Entwicklung der Erkrankung von ihrem Anfang an zu verfolgen. Das ist bisher nur in wenigen Fällen geschehen, und daher erscheint es mir erlaubt, über einen Fall zu berichten, bei welchem ich die verschiedenen

Stadien der Erkrankung genau beobachten und auch histologisch untersuchen konnte. Zufällig kam fast gleichzeitig ein zweiter Patient mit der gleichen Erkrankung, wenn auch erst in einem späteren Stadium, in meine Beobachtung. Über diesen zweiten Fall sollen zum Schlusse einige kurze Bemerkungen angefügt werden, soweit der Fall für die Beantwortung der uns hier interessierenden Frage verwertbar ist.

Ich gebe nun zunächst die Krankengeschichte meines ersten Falles, um dann an der Hand der Betrachtung des klinischen Verlaufes und der histologischen Untersuchung auf die Beantwortung unserer Frage einzugehen.

Krankengeschichte (Fall I, s. Fig. 1). Patient R., Eisenbahnbeamter, kam Ende Dezember v. J. wegen Gonorrhoe in meine Behandlung. Zugleich klagte er über das Auftreten von „Eiterpusteln" am Kopfe, die er seit ein bis zwei Wochen bemerke. Ich sah damals — ich will hier kurz sein — rechts vom Scheitel drei und vier mehr oder weniger harte, in ihrem Zentrum eine Pustel tragende Knötchen. Aus den Pusteln ragten Haare, die sich leicht mit der Pinzette entfernen liefsen.

Verhältnisse in der Familie und nicht zuletzt der Dienst hinderten den Patienten, weiter meine Ordination aufzusuchen, und so sah ich ihn erst wieder Mitte Februar d. J. An Stelle der ehemaligen Pusteln waren glatte Tumoren von Linsengröfse und darüber entstanden, deren Zentrum kahl, deren Peripherie noch von Haaren besetzt war. Daneben fanden sich frisch entstandene, erbsengrofse, teils mit einer Kruste, teils mit einer Eiterpustel versehene Knötchen. Ich machte Patienten auf das Fortschreiten des Prozesses aufmerksam und schlug ihm die Exstirpation der Herde vor. Patient wollte jedoch einstweilen nichts davon wissen und nur die Gonorrhoe behandelt haben. Ich hatte nun während der Behandlung der Gonorrhoe — jeden zweiten Tag — Gelegenheit, die Entwicklung der einzelnen Herde genau zu verfolgen.

Bevor ich näher darauf eingehe, will ich betonen, dafs der Patient starke, tiefsitzende, stellenweise in Büscheln angeordnete Haare hatte. Insbesondere um den Scheitel herum waren diese büschelförmig angeordneten Haare gut zu sehen. Die Nackenhaargrenze reichte tief hinab, das Haar war tief dunkelbraun, ebenso der Teint ein dunkler.

Ich beobachtete nun folgendes: Die Affektion hatte rechts vom Scheitel begonnen und zeigte die deutliche Tendenz, von rechts nach links hinüber zu wandern. In mehr oder weniger kurzen Zwischenpausen trat immer links vor der jüngsten Effloreszenz eine frische auf. Immer wieder sah ich eine Pustel aufschiefsen, die in der Mitte von Haaren durchbohrt war, welche sich mit der Pinzette leicht entfernen liefsen. Nach einigen Tagen ihres Bestehens nahmen die pustulösen Knötchen an Umfang (bis Erbsengröfse) zu, wurden härter und bedeckten sich mit einer Kruste. Allmählich fiel dann die Kruste ab, die Stelle reinigte sich und es entstand eine linsengrofse, platte Prominenz, die in der Mitte haarlos, an der Peripherie noch Haare zeigte. Diese platten Prominenzen nahmen nun entsprechend der Zeit ihrer Entstehung immer mehr an Umfang sowohl der Fläche, als auch der Tiefe und Höhe nach zu, bis die ältesten Herde, die sich an den Stellen befinden, wo die ersten Eiterpusteln aufgetreten waren, die Formen annahmen, wie sie am Bilde zu sehen sind. Knapp unterhalb und oberhalb dieser, d. h. parallel zur Reihe der zuerst entstandenen Effloreszenzen, waren im Laufe der Zeit auch frische Pusteln entstanden, die ebendieselbe Metamorphose durchmachten wie die früher aufgetretenen.

Inzwischen war die Gonorrhoe geheilt und Patient erschien erst Mitte Juni wieder in meiner Ordination, und zwar um sich die „Knoten" am Kopf exstirpieren zu lassen.

Ich sah nun die verschiedensten Bilder. Rechts vom Scheitel, wo die Erkrankung begonnen hatte, vier bis zwanzighellerstückgroſse, platte, haarlose, 5 bis 10" hohe Prominenzen. Sie fielen mehr oder weniger steil gegen die Umgebung ab, waren blaſs, zeigten keinerlei Entzündungserscheinungen mehr und fühlten sich sehr derb an. Daneben fanden sich fünf bis sechs kleinere, flachere, geschwulstartige Bildungen mit weniger glatter, mehr drüsiger Oberfläche, aus der hier und da Haare büschelförmig hervorragten, die aber mit der Pinzette nicht leicht oder, besser gesagt, gar nicht zu entfernen waren. Dazwischen und parallel zu diesen älteren Efflorescenzen befanden sich einige jüngere, mit Krusten bedeckte Stellen. Ganz frische Pusteln waren jetzt nicht zu sehen. Die jüngsten waren nach Angabe des Patienten (er verspürte immer das Auftreten einer neuen Pustel durch ein dasselbe begleitendes Juckgefühl) 14 Tage alt. Die Haut zwischen den älteren Prominenzen fühlte sich etwas infiltriert an, war jedoch von normaler Farbe. Die Haut um die frischeren Effloreszenzen war mehr oder minder gerötet, wie man sie sonst um abheilende Furunkel zu sehen pflegt.

Ich exzidierte nun ein Stück der Kopfhaut in einer Ausdehnung von 5 cm Länge und 1½ cm Breite, und zwar so. daſs ich die Effloreszenzen verschiedenen Alters mit exzidieren konnte.

Nach sechs Tagen Verbandwechsel. Die Wunde per primam geheilt.

Doch waren unter dem Verbande neue Pustelchen aufgetreten, von denen ich nun ebenfalls eines behufs histologischer Untersuchung exzidierte. Heute sind fast sechs Wochen seither verstrichen, und auch diese zuletzt entstandenen Pusteln haben sich in eine glatte, linsenförmige Prominenz umgewandelt.

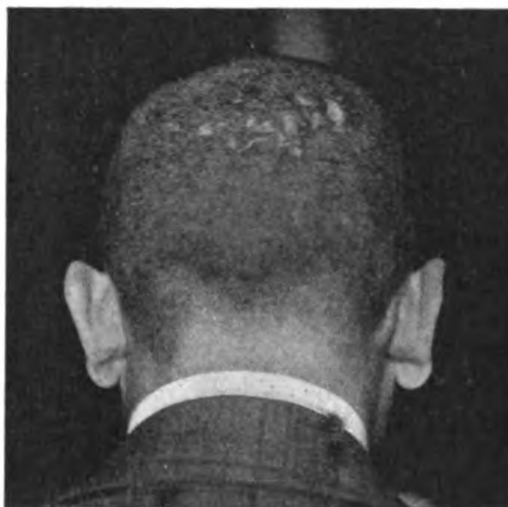


Fig. 1.

Aus der Anamnese ist als wichtig die Angabe des Patienten zu beachten, er habe zuerst auf im übrigen normaler Haut Eiterpusteln auftreten sehen. Die Beobachtung, die ich machen konnte, bestätigt diese Angabe, denn auch ich selbst sah zunächst bei dem Patienten von einem Haar durchbohrte Eiterpusteln aufschieſsen; mit diesen begann der Prozeſs. An den gleichen Stellen, wo anfänglich die Eiterpusteln saſsen, entwickelten sich dann die derben Knötchen und Platten.

Das oben erwähnte exzidierte Stück, auf welchem sich Effloreszenzen verschiedenen Alters vorfanden, wurde nun in drei Stücke zerlegt, und zwar so, daſs auf einem die frischeste, etwa 14 Tage alte Effloreszenz sich befand, auf dem zweiten etwas ältere und auf dem dritten die zuerst entstandenen Effloreszenzen. Die drei Stücke wurden in Alkohol fixiert und gehärtet und in Paraffin eingebettet. Die Dicke der Schnitte betrug im allgemeinen 7 μ.

Die Färbung geschah nach verschiedenen Methoden; hauptsächlich wurde mit polychromem Methylenblau, Kresylechtviolett, nach Pappenheim-Unna und auf elastische Fasern gefärbt. Namentlich die Schnitte, in denen die elastischen Fasern gefärbt wurden, lieferten sehr instruktive Bilder für die Beurteilung des Stadiums des Krankheitsprozesses.

In den Schnitten des Stückes, welches die zuletzt entstandene, frische, etwa 14 Tage alte Effloreszenz enthielt, fand sich eine um einen Haarfollikel etablierte, akute, eitrige Entzündung. Man sieht das Gewebe von polymorphkörnigen Leukocyten durchsetzt, die erweiterten Gefäfse mit Leukocyten angefüllt und das Epithel des Haarbalges, soweit es noch erhalten ist, von Wanderzellen durchsetzt. Zum gröfsten Teile ist aber das Epithel zugrunde gegangen, und es liegt somit ein Abscefs vor, dessen Wand nur zu einem Teile von den Resten des Haarbalgepithels gebildet wird, während der andere Teil von einem zahlreichen perifollikulären Bindegewebe gebildet wird. Der Abscefs erstreckt sich bis in die oberen Lagen des subcutanen Gewebes nach unten. In dem zellreichen Bindegewebe, das die Begrenzung des Abscesses bildet, finden sich neben den vergröfserten, zahlreich vorhandenen Bindegewebszellen auch spärliche Plasmazellen, die in der nächsten Umgebung der Gefäfse auch in die etwas weitere Umgebung des akut-entzündlichen Herdes verfolgbar sind.

Wichtig ist nun, dafs an diesen Schnitten die Färbung der elastischen Fasern zeigt, dafs der akut-entzündliche Prozefs sich in einem vorher normalen Gewebe entwickelt hat. Die elastischen Fasern sind im Papillarkörper und auch im Corium der Nachbarschaft des akut-entzündlichen Herdes gut erhalten und in ihrer Form und Anordnung den Fasern der normalen, also nicht etwa einer narbig veränderten Haut entsprechend. Auch die durchaus wohlerhaltene und der Norm entsprechende Bildung des Papillarkörpers deutet darauf hin, dafs die akute Entzündung hier als ein primärer, d. h. in vorher normaler Haut sich abspielender Vorgang aufzufassen ist. Nichts deutet darauf hin, dafs hier anfänglich ein chronisch-entzündliches Granulom, wie z. B. Guszman will, vorhanden war, in dem sich dann als ein sekundärer Vorgang ein akut-eitriger Prozefs entwickelt hätte.

Bei der Durchmusterung der Schnitte liefs sich dann noch feststellen, dafs die Wurzeln der Haare, die ja, abgesehen von den vereiterten Follikeln, gut erhalten waren, sehr tief sitzen, dafs die Haare, was schon klinisch zu beobachten war, hier sehr dicht beieinanderstehen, stark und vielfach so angeordnet sind, dafs zwei Haare durch ein und dasselbe Infundibulum nach aufsen ragen. Die kräftige Ausbildung des Haares äufsert sich auch darin, dafs die Haarpapillen alle ausgesprochen stark zugespitzt sind, grofs sind, überhaupt den Aspekt der Papillen eines sehr kräftigen Haarbodens darbieten.

In den zum Teil stark erweiterten Haartrichtern fanden sich in reichlicher Menge Mikroorganismen verschiedenster Art, welche auf der Kopfhaut ja überhaupt keine Seltenheit sind.

Wie in der Krankengeschichte erwähnt, waren unter dem Verbande neue Pustelchen aufgetreten. Von diesen wurde eines exzidiert, in Alkohol fixiert und gehärtet und in Celloidin eingebettet. Die Untersuchung der Schnitte ergab hier ebenfalls das Bild einer akuten, eitrigen Folliculitis und Perifolliculitis, d. h. Durchsetzung des Haarbalgepithels, das zum Teil in Zerfall begriffen war, mit polynukleären Leukocyten und Infiltration des perifollikulären Gewebes mit denselben Zellen.

Wie erwähnt, haben sich dann an den Stellen der nicht exzidierten Pusteln wieder platte, linsenförmige Prominenzen entwickelt.

In den Schnitten des zweiten, in Paraffin eingebetteten Stückes, des Stückes also, welches die etwas älteren Effloreszenzen enthielt, fand ich, daſs an den den Effloreszenzen entsprechenden Stellen das normale Bindegewebe ersetzt war durch ein mehr homogen aussehendes Gewebe mit verhältnismäſsig wenig elastischen Fasern. die sich heller färbten als die normalen Fasern der Nachbarschaft und die auch nicht die normale netzförmige Anordnung zeigten, sondern unregelmäſsig, wenn auch vorwiegend parallel zur Hautoberfläche verliefen. In diesem Gewebe und auch in dem im übrigen normalen Gewebe der Nachbarschaft finden sich um die Gefäſse, und namentlich um die die Haarfollikel umspinnenden Gefäſse, Infiltrate, die hier aus protoplasmaarmen Rundzellen (Lymphocyten) und aus Plasmazellen in wechselnder, aber im allgemeinen nicht groſser Menge bestehen.

Diese Vorgänge spielen sich im Corium ab, reichen an manchen Stellen bis an die Grenze der Subcutis hinunter und hinauf bis zur Epidermis. Jedoch läſst sich aus dem Bilde entnehmen, daſs der akutentzündliche Prozeſs, dessen Reparationsstadium wir hier vor uns haben, in seiner gröſsten Ausdehnung sich im Corium befand und nur stellenweise bis in den Papillarkörper hinaufreichte; denn der Papillarkörper erscheint auf den Schnitten an den meisten Stellen gut erhalten, und nur an einzelnen Stellen fehlen die Papillen. Die Epidermis erscheint nur an diesen vereinzelten Stellen verschmälert und überzieht unmittelbar das oben geschilderte, noch infiltrierte narbige Gewebe.

In dem dritten, in Paraffin eingebetteten Stücke, in dem, welches die relativ ältesten Effloreszenzen enthielt, fanden sich ähnliche Verhältnisse wie im zweiten Stück, nur reicht hier das narbig veränderte Gewebe tiefer hinunter, das Bindegewebe enthält reichlich neugebildete elastische Fasern, die kollagenen Fasern bilden grobe, unregelmäſsig angeordnete Bündel und das Infiltrat, das sich auch hier stellenweise findet, ist im allgemeinen verhältnismäſsig spärlich. Doch findet sich unmittelbar neben dieser Narbe im Gebiete des tieferen Coriums ein akut-entzündlicher Herd. Die Narbe

reicht hinauf bis zur Epidermis, die an dieser Stelle verdünnt ist und keine Leisten zeigt.

Für die Beantwortung unserer Frage wichtig sind die an dem ersten Stück gewonnenen Bilder, welche das Vorhandensein einer akuten Entzündung des Follikels zeigten. Angesichts dieser Bilder ist der Einwand, es könne sich um einen sekundären Prozeſs handeln, ausgeschlossen, während die Bilder, wo sich neben dem Narbengewebe auch akut-entzündliche Vorgänge finden, natürlich zweideutig sind. Das Vorhandensein akut-entzündlicher Vorgänge neben der Narbenbildung ist aber nichtsdestoweniger sehr wichtig für die Erklärung komplizierterer Bilder und für die Erklärung der hochgradigen Formen der Erkrankung, welche ihr den Namen Dermatitis papillaris eintrugen, wie sie aber in meinem Falle nicht vorlagen, auf die ich daher des näheren einzugehen hier keine Veranlassung habe.

In welcher Weise sich durch Konkurrenz narbenbildender Vorgänge mit akut-eitrigen Prozessen die papillären Exkreszenzen entwickeln, ist von EHRMANN in MRAČEKS Handbuch anschaulich geschildert. Auch auf das betreffende Kapitel im Kompendium von EHRMANN und FICK sei hier verwiesen.

Für die Bestimmung des Ausgangspunktes des ganzen Prozesses sind solche Fälle ja auch nicht verwertbar, da sich bei diesen die Zeitfolge der verschiedenen sich abspielenden Vorgänge nicht mehr bestimmen läſst. Verwertbar sind nur solche Fälle wie der meinige, wo sich der ganze Prozeſs vom Anfang an, von der ersten Veränderung der normalen Haut an, verfolgen läſst. Daſs diejenigen Autoren, die nur ältere Fälle beobachten konnten, wie z. B. KAPOSI, zu der Ansicht gelangten, es handle sich um einen unabhängig von einer akuten Folliculitis auftretenden, chronischen entzündlichen Prozeſs, ist daher nicht zu verwundern. Aber eine ähnliche Anschauung wird auch von LEDERMANN und GUSZMAN vertreten, die angeben, frische Fälle zur Verfügung gehabt zu haben. LEDERMANN macht darüber keine genaueren Angaben, so daſs nicht sicher festgestellt ist, daſs die allerkleinsten Knötchen, in denen er eine Affektion der Haarbälge nicht konstatieren konnte, auch wirklich deshalb frisch waren. Denn wenn zunächst nur ein Follikel vereitert, an dessen Stelle dann eine von Granulationsgewebe durchsetzte kleine Narbe entsteht, so läſst sich, falls man jetzt mikroskopisch untersucht, aber den bisherigen Verlauf nicht kennt, nicht mehr konstatieren, daſs hier ursprünglich ein follikulärer Prozeſs sich abgespielt hat. Ganz kleine Effloreszenzen müssen ja nicht deshalb, weil sie ganz klein sind, auch ganz frisch sein.

Wenn dann von LEDERMANN, KELBER und von GUSZMAN hervorgehoben wird, daſs Eiterpusteln bei angeblich frischen Effloreszenzen fehlen, so ist, abgesehen davon, daſs man, wenn nicht genaue Angaben vorliegen,

daran zweifeln kann, dafs die Effloreszenz wirklich ganz frisch war, noch zu beachten, dafs eine akut-eitrige Entzündung sich an dem Follikel abspielen kann, ohne dafs es zu schon makroskopisch wahrnehmbaren Erscheinungen des eitrigen Zerfalles kommen mufs. Es kann sich vielmehr, wie ja die alltägliche Beobachtung lehrt, die akute Entzündung in so mäfsigen Grenzen halten, dafs es sehr bald zur Bildung eines derben, indolenten Knötchens kommt, in dem mikroskopisch von der akuten Entzündung auch nicht mehr viel zu sehen ist. Dafs sich in solchen Fällen dann nicht bald eine Resorption des Infiltrates anschliefst, sondern hyperplastische Vorgänge im Bindegewebe Platz greifen, das ist eben die Eigentümlichkeit unserer Erkrankung.

Zu der Behauptung GUSZMANS, die von ihm untersuchten Knötchen seien ganz frisch gewesen, steht in einigem Widerspruch seine Angabe, an den Knötchen hätten die Haare gefehlt. Da möchte man doch gern wissen, wie denn der Prozefs ausgesehen hat, der das Ausfallen der Haare bedingte. Wie sah das Gewebe aus, als die Haare ausfielen? Die Bilder, die GUSZMAN beschreibt, entsprechen weit mehr dem, was ich an den Schnitten des zweiten (weniger alten) Stückes beobachten konnte. Hier fand sich auch Granulationsgewebe teils perifollikulär, teils auch unabhängig von den Follikeln, namentlich im subpapillaren Teil des Coriums und in den mittleren Coriumpartien, und es handelte sich hier gewifs nicht um ganz frische Effloreszenzen, da ich ja, wie mehrfach erwähnt, an diesen Stellen vorher Follikulitiden beobachten konnte.

Auf Grund meiner Beobachtungen mufs ich mich denjenigen Autoren anschliefsen, welche den Ausgangspunkt der Dermatitis papillaris capillitii in einer akuten Entzündung der Haarfollikel sehen, welche aus noch nicht aufgeklärten Gründen nicht normalerweise heilt, sondern zur Bildung eines hypertrophischen und unter Umständen keloidähnlich gebauten Narbengewebes führt.

Die Gründe dieses anormalen Verlaufes der Folliculitis entziehen sich, wie gesagt, noch unserer Erkenntnis. Es sind nur einige Tatsachen bekannt, die ein gewisses Licht zu werfen scheinen auf die Eigentümlichkeiten der Kopfhautbeschaffenheit der Individuen, die an unserer Krankheit leiden. Zunächst ist auffallend, dafs es sich, soweit es von den Autoren angegeben wird, in allen Fällen um Individuen gehandelt hat, die starke, dichtstehende Haare hatten. (Häufig scheint auch die Affektion bei Negern zu sein, die ja starke und dichte Haare haben.) Dazu stimmt denn auch die Beobachtung, dafs die Erkrankung fast ausschliefslich, vielleicht sogar nur bei Männern vorkommt. Denn die wenigen, im ganzen drei Fälle (ROGER, PORGES, JANOWSKY), die bei Frauen beobachtet wurden, sind nicht als sicher zur Dermatitis papillaris capillitii gehörend zu betrachten. So kann man z. B. doch nicht gut von einer Dermatitis pa-

pillaris capillitii im gewöhnlichen Sinne sprechen, wenn, wie im Falle von JANOWSKY, im Anschlufs an eine Verbrennung Narbenkeloide an der Stirn auftreten. Im Falle von PORGES entwickelte sich das Bild der Dermatitis papillaris im Anschlufs an ein Ekzem, so dafs dieser Fall jedenfalls eine ungewöhnliche Entwicklung, wie sie zu dem typischen Bilde nicht pafst, aufweist. Frauen haben aber bekanntlich im Durchschnitt feineres, weicheres Haar als Männer.

Dann scheint auch — genauere Angaben liegen darüber nicht vor — die Affektion häufiger bei dunkelhaarigen Individuen (Neger!) vorzukommen, die ja durchschnittlich straffere Haare haben als blonde Menschen. Dann ist häufig, worauf zuerst EHRMANN nachdrücklich hingewiesen hat, die Affektion bei solchen Individuen beobachtet worden, bei denen die Haare nicht nur sehr dicht stehen, sondern auch eine sehr ausgesprochene Gruppenbildung zeigen, und bei denen häufig zwei oder mehrere Haare in ein Infundibulum münden. So wie bei unserem zweiten Fall (siehe Figur 2) war dasselbe auch beim ersten zu beobachten, kommt jedoch auf der Photographie nicht so zur Geltung, weil sich Patient kurz vor der Aufnahme die Haare hatte schneiden lassen.

Diese Verhältnisse geben, worin ich EHRMANN voll beipflichte, wohl eine plausible Erklärung dafür, dafs die vollkommene Ausheilung der ursprünglichen Folliculitis hintangehalten werde dadurch, dafs Nachbarfollikel erkranken und dafs durch Konkurrenz der reparatorischen Vorgänge und des Weitergreifens der akuten Entzündung auf einen benachbarten Follikel die gröfseren Herde und die komplizierteren Bilder entstehen. Nicht erklärt wird aber dadurch, wieso, wenn nur ein Follikel erkrankt und nach Vereiterung durch Narbengewebe ersetzt wird, dieses schon Neigung zu hypertrophischer Bildung hat. Zur Erklärung dieses Vorganges sind wir noch immer auf die Annahme einer eigentümlichen, von der Anordnung der Haare unabhängigen oder wenigstens nicht unmittelbar abhängigen Disposition bei den betreffenden Individuen angewiesen.

Über den zweiten Fall, dessen Krankengeschichte ich zunächst im Zusammenhang gebe, nur einige kurze Bemerkungen.

Krankengeschichte (Fall II, s. Fig. 2). Patient K., absolvierter Jurist, litt als Mittelschüler stark an Furunkulose des Nackens. Nach den Pubertätsjahren verlor sich die Krankheit allmählich, um vor drei Jahren (Patient ist 25 Jahre alt) nach mehrjähriger Pause wieder aufzutreten. Patient liefs sich damals in Prag behandeln, wo kleinere Inzisionen gemacht wurden. Er hatte nun durch längere Zeit Ruhe, bemerkte aber das Auftreten von kleinen Wülsten, die ihn aber nicht weiter störten. Im vorigen Jahre traten um diese Wülste abermals Furunkel auf, doch zeigten sich auch solche am Bauche oberhalb des Mons veneris. Patient suchte deshalb das Ambulatorium der Klinik EISELSBERG auf, wo abermals Inzisionen gemacht wurden. Die Inzisionswunden am Bauche seien tadellos geheilt, am Nacken aber seien an Stelle der Furunkel neue Wülste entstanden, und die ursprünglichen seien gröfser geworden.

Nun spürt Patient, daſs unterhalb des einen Wulstes Eiter herauskomme, weshalb er meine Ordination aufsucht.

Bemerken möchte ich noch, daſs Patient mehrere Duelle und Mensuren geschlagen hat und unzählige Schmisse am Kopf, im Gesicht, am Stamm und den oberen Extremitäten zu sehen sind, die alle per primam und mit glatten Narben ausgeheilt sind.

Status praesens. Patient von kräftiger, untersetzter Gestalt mit mehr dunklem Teint.

Der Nacken ist sehr kurz, die Nackenhaargrenze reicht halbmondförmig sehr tief herab. Die Haare sind sehr stark und in Gruppen angeordnet, was am Bilde sehr gut zu sehen ist (s. Fig. 2).

An beiden Seiten des Nackens entsprechend den tiefer herabreichenden Haaren sieht man mehrere Wülste. Links zwei vertikal gerichtete, rechts drei kleinere horizontal verlaufende. Von den linken Wülsten ist einer 3 cm lang und etwas über 1 cm breit, ungefähr $^1/_2$ cm hoch, der zweite um weniges kürzer, schmäler und flacher. Die rechts befindlichen Wülste sind federkieldick von 2—3 cm Länge.

Die ganze Nackenhaut ist rötlich verfärbt, wie entzündet, die Farbe der Wülste um eine Nuance dunkler. Die Wülste repräsentieren sich als harte, keloidartige Stränge, die stellenweise ganz kahl, stellenweise von sehr fest- und tiefsitzenden Haaren besetzt sind. Die links befindlichen Geschwülste haben eine glatte Oberfläche, die rechten sind mehr uneben, höckerig. Am unteren Ende des einen linken, medianwärts gelegenen Stranges sieht man um die Austrittsstelle eines kurzgeschnittenen Haarbüschels eine kleine, trichterförmige Öffnung, aus der sich zäher Eiter ausdrücken läſst.



Fig. 2.

Behufs histologischer Untersuchung exzidierte ich zunächst den linken, medianwärts gelegenen Wulst, ging dabei so weit als möglich in die Tiefe. Beim Schneiden zeigte sich, daſs die Infiltration tief ins Gewebe hineindringt und sich dort auch nach der Fläche verbreitet hat.

Bei diesem Fall ist für die von uns gestellte Frage von Interesse die Angabe des Patienten, daſs er an Furunkulose des Nackens gelitten, die mehrfache operative Eingriffe nötig machte, und ferner die Angabe, daſs sich an den Stellen, wo die Furunkel gesessen, die jetzt vorhandenen Wülste gebildet haben.

Also auch hier hat sich die Krankheit auf Grund einer akut-eitrigen Entzündung des perifollikulären Gewebes entwickelt. Das durch die Exzision gewonnene Stück wurde in zwei Teile zerschnitten, so daſs sich in dem einen die oben erwähnte Stelle befand, wo sich aus einer kleinen

Öffnung Eiter auf Druck entleeren liefs, während am anderen Stück klinisch nachweisbar akute Entzündung nicht vorhanden war.

Die Stücke wurden in Alkohol fixiert und gehärtet und in Paraffin eingebettet. Wir fanden in dem letztgenannten Stück bei der Färbung auf elastische Fasern an den Enden der Schnitte normale Haut, deren Blutgefäfse an einzelnen Stellen von einem Infiltratzellmantel umgeben sind, der aus vereinzelten Plasmazellen und protoplasmaarmen Lymphocyten besteht. Das Kollagen und die elastischen Fasern zeigten keine Veränderung. In der Mitte der Schnitte zeigt sich die Epidermis etwas verdünnt, der Papillarkörper ist unvollständig entwickelt, fehlt nur an einzelnen Stellen vollkommen. Das Bindegewebe besteht hier, in sehr ausgesprochenen Gegensatze zu dem an den Enden der Schnitte, aus einem grobfaserigem Gewebe, das reichlich feine elastische Fasern enthält, die verhältnismäfsig hell gefärbt und bedeutend feiner sind als die der normalen Haut in der nächsten Partie des Coriums. Die groben Bindegewebsbalken verlaufen in den höheren Partien annähernd horizontal, in der Tiefe durchkreuzen sie einander in unregelmäfsiger Weise. Das Gewebe ist im Verhältnis zu dem der Umgebung relativ zellenreich, namentlich finden sich verhältnismäfsig viel gewöhnliche Bindegewebszellen, Infiltrat nur um die Gefäfse in Gestalt eines dünnen Zellenmantels, in dem auch vereinzelte Plasmazellen vorkommen. In dem zuletzt beschriebenen Gebiete fehlen Haare, Talg- und Schweifsdrüsen, in den anderen Partien der Schnitte sind sie wohlerhalten anzutreffen.

Das histologische Bild zeigt also hier eine bis zum subcutanen Gewebe reichende Narbe.

Im zweiten Teile des exzidierten Stückes fanden sich die gleichen Bilder, abgesehen davon, dafs an einer Stelle ein Abscefs vorhanden war, bei dem sich aber nicht genauer feststellen liefs, ob er ursprünglich zu einem Follikel in näherer Beziehung gestanden hat oder nicht.

Die histologische Untersuchung ergab also für die Beantwortung der uns hier interessierenden Frage keinen Aufschlufs. Dagegen ist aus dem klinischen Bilde von Interesse, dafs auch bei diesem Patienten die Haare sehr stark und in Gruppen angeordnet waren. Ferner ist auffallend, dafs die keloidartigen Narbenbildungen nur im Gebiete der behaarten Nackenhaut, wo eben Patient auch starke Haare hatte, auftraten, während eitrige Prozesse oder Schnittwunden an anderen Körperstellen keine Narbenkeloidbildung zur Folge hatten, so dafs es wohl berechtigt erscheint, die Bildung am Nacken nicht etwa als gewöhnliche Narbenkeloide aufzufassen, sondern den Fall als Dermatitis papillaris zu deuten.

Literatur.

EHRMANN, Über Folliculitis nuchae sclerotis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. 32.
Derselbe, Folliculitis nuchae sclerotisans. MRAČEK, Handbuch der Hautkrankheiten. VIII. Abt. S. 401.
GUSZMAN, J., Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (KAPOSI). *Derm. Zeitschr.* 1905. S. 139. (Ausführliche Literatur.)
HEBRA, F. v., Lehrbuch der Hautkrankheiten von HEBRA und KAPOSI. I. Bd. 2. Aufl. 1872.
JANOWSKY, Über Dermatitis papillaris (KAPOSI). *Intern. klin. Rundsch.* 1880.
KAPOSI, Über die sogenannte Framboesia usw. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1869. Bd. I.
Derselbe, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899.
KELBER, X., Über Dermatitis papillaris capillitii (KAPOSI). Inaug.-Diss. Strafsburg 1903. (Ausführliche Literatur.)
LEDERMANN, Zur Histologie der Dermatitis papillaris capillitii. V. Kongreſsbericht der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 1895 und Festschrift zu Ehren LEWINS.
LIPSCHÜTZ, Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Sitzung vom 20. Oktober 1909. Ref. *Archiv* 1909.
PORGES, Über Dermatitis papillaris. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. Bd. 52, S. 323.
ROGER, Aknekeloid, Patholog. Soc. of London, 1. April 1884. *Brit. med. Journ.* April 1884. S. 667.

Aus dem St. Ludwig-Hospital in Turin.

Über einen seltenen Fall von periodischer Alopecie.[1]

Von

Dr. CARLO VIGNOLO-LUTATI,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilologie an der Königl. Universität Turin.

Mit sechs Abbildungen im Text.

Die Beobachtung einer gewissen Beziehung zwischen dem Verlauf der Alopecie und dem Aufeinanderfolgen der Jahreszeiten ist, obwohl sehr selten, doch nicht ganz neu.

KLOTZ hat 1897 einen sehr interessanten Fall von Alopecie veröffentlicht, in welchem die Haare während des Sommers ausfielen und im Winter wieder wuchsen.

LEDERMANN hat 1900 in der Berliner dermatologischen Gesellschaft ein 20jähriges Mädchen vorgestellt, bei welchem im Alter von zwölf Jahren die Haare infolge einer Pneumonie ausgefallen waren, und von da an jedes

[1] Vortrag, gehalten bei der Sitzung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie am 22. Dezember 1909.

Jahr die sonderbare Beobachtung gemacht wurde, daſs die Haare im Sommer sich wieder entwickelten und eine Länge von 10—12 cm erreichten, um zu Anfang des Winters wieder auszufallen. LEDERMANN hob ferner besonders die Tatsache hervor, daſs es sich bei dieser intermittierenden Form von Alopecia um eine epileptische Patientin handelte.

Ich hatte Gelegenheit, einen Fall von periodischer Alopecia bei einem 16jährigen Mädchen zu beobachten, und werde im folgenden über denselben berichten.

Hereditäres.

Der Vater des Mädchens ist 48 Jahre alt; er war stets und ist auch noch heute vollständig gesund; ist kein Potator; raucht nicht; wurde angeblich nie mit Syphilis infiziert. Sein Vater starb 79jährig infolge einer Hirnapoplexie; seine Mutter wurde im Alter von 54 Jahren durch ein Herzleiden zum Tode geführt. Zwei Brüder starben infolge von Tuberkulose im Alter von 29 resp. 21 Jahren; eine Schwester starb 13jährig ebenfalls infolge von Lungenschwindsucht; fünf Brüder starben in der Kindheit, einer darunter ohne Zweifel an tuberkulöser Meningitis. Ein Bruder starb im Alter von 54 Jahren infolge eines Hirnschlages. Zwei Brüder und vier Schwestern sind lebend und gesund.

Die Mutter des Mädchens ist 40 Jahre alt und völlig gesund. Ihr Vater starb im Alter von 64 Jahren infolge von Lungentuberkulose; vier Brüder starben während der Kindheit an unbekannten Krankheiten; eine Schwester und ein Bruder starben infolge von Lungenschwindsucht im Alter von 47 resp. 19 Jahren. Ein Bruder ist 46 Jahre alt und völlig gesund; eine 38jährige Schwester leidet an Monomanie, wegen welcher sie schon eine Zeitlang in einer Irrenanstalt gewesen ist.

Die Mutter des Mädchens hat während ihrer Kindheit und Jugend nie eine ernstliche Krankheit durchgemacht; sie menstruierte im Alter von 15 Jahren; die Menses waren stets regelmäſsig. Im Alter von 25 Jahren heiratete sie und bekam zwei Töchter; die erste ist meine hier zu besprechende Patientin, die zweite ist 12jährig und gänzlich gesund. Kein Abortus. Während der ersten Schwangerschaft befand sich die Mutter seit zwei Jahren in Nordafrika. Von Massaua, wo sie zuerst wohnte, zog sie im vierten Schwangerschaftsmonat nach Ghinda (60 km von Massaua), wo sie im sechsten Monat einen starken Schrecken erlitt, indem sie Gefahr lief, von einem Leoparden überfallen zu werden. Da sie in ihrer Gesundheit sehr herabgekommen war, entschloſs sie sich im neunten Schwangerschaftsmonat, nach ihrer Heimat zurückzukehren. Trotz der Anstrengungen der Reise erfolgte in Turin eine regelmäſsige Niederkunft, auf welche auch ein normales Wochenbett folgte.

Vorgeschichte.

Das Mädchen wurde jedoch in einem mangelhaften Entwicklungszustande geboren. Im Laufe der Zeit besserte sich aber, bei Ernährung an der Brust und künstlicher Ernährung, der Zustand, und im neunten Monat machte das Kind seine ersten Gehversuche. Die Haare waren dicht und dunkelschwarz und blieben bis zum Alter von 15 Monaten intakt. Zu dieser Zeit traten gegen den Herbst in der Hinterhauptgegend zwei symmetrische, rundliche Alopeciaflecken von der Gröſse einer Zweicentimesmünze auf, welche sich nach und nach erweiterten, so daſs im Laufe von drei Monaten die Alopecie den ganzen behaarten Kopf befallen hatte.

Von da an entwickelten sich die Haare periodisch jedes Frühjahr mit mehr oder minder regelmäſsiger Ausdehnung über den ganzen Kopf, um stets im Herbst wieder auszufallen. Sowohl vor wie während des Ausfalls und des Wiederwuchses der Haare hatte Patientin über keinerlei subjektive Beschwerden zu klagen.

Als sich Patientin mir vor zwei Jahren zu Anfang des Herbstes vorstellte, war bereits ein groſser Teil der Haare ausgefallen; es bestanden noch einige Büschel auf der Stirngegend; dieselben waren schwarz, höchstens 8—10 cm lang, leicht ausziehbar, mit voller Zwiebel und von normalem Aussehen; sie fielen in wenigen Tagen aus.

Die Haare der Achselgruben und der Schamgegend fielen nie aus. Diejenigen der Augenbrauen ebenso wie die Augenwimpern fielen nur im letzten Herbst zum Teil aus.

Klinischer Verlauf.

Ich verfolge bei dieser Patientin seit 2½ Jahren den sonderbaren Verlauf dieser Alopecia und habe im zyklischen Bilde des Verlaufes vier klinisch und histologisch nachweisbare Perioden unterscheiden können:

1. Periode der Tricholyse.
2. Periode der wahren und echten Alopecia.
3. Periode der Trichogenese.
4. Periode der Trichosis.

In allen diesen Perioden erscheint die Haut aphlegmatisch, d. h. es sind an keiner Stelle klinisch beachtenswerte entzündliche Erscheinungen vorhanden.

1. Periode der Tricholysis. Sie beginnt in schleichender Weise zu Anfang des Herbstes. Die höchstens 10 cm langen Haare fallen spontan aus. Sie sind leicht und ohne Schmerzen ausziehbar, da sie jede Adhäsion verloren haben. Die ausgezogenen Haare erscheinen auf den ersten Blick gesund; wenn man sie aber mit einer Lupe untersucht, so weisen sie eine volle Zwiebel auf. Die Wurzelpartie des Haares ist ohne

Glasmembran, zuweilen etwas atrophisch und entfärbt, während der Stamm stets schwarz und glänzend wie bei normalen Haaren erscheint. Nur einzelne Haare zeigen im Stamm einige trichorrektische Knoten und sind infolgedessen brüchig, so dafs an einigen Stellen aus der Mündung der Follikel nur noch kleine Haarstummel in Form schwarzer Pünktchen heraustreten, welche man besser durch Untersuchung mit der Lupe oder dadurch nachweist, dafs man streichend abtastet. Während dieser Periode hat die Haut eine normale Sensibilität und weist keine beachtenswerten objektiven Erscheinungen auf, abgesehen von einer geringen Blässe; bei der Palpation zeigt sie eine normale Weichheit und Glätte; sie schuppt nicht ab und weist auch keine Zeichen von Talg- oder Schweifshypersekretion auf. Diese Periode dauert wenige Tage und ist von keinen subjektiven Symptomen begleitet.

2. Periode der wahren und echten Alopecia. Sie dauert vom Ende des Herbstes bis zum Anfang des Frühjahrs. Auch in dieser Periode erscheint die Haut blafs; sie ist glatt, und die Follikelmündungen erscheinen leer. Es bestehen keine subjektiven Erscheinungen.

3. Periode der Trichogenese. Sie beginnt am Anfang des Frühjahrs. Die Haut nimmt wieder ein leicht rosiges Aussehen an und erscheint mit schwarzen Punkten besät: bei der streichenden Palpation erscheint sie rauh, weil hier und da aus den Follikeln neue Haare hervortreten. Diese widerstehen dem Ziehen, welches schmerzhaft empfunden wird, weil das Haar gut beschaffen ist und eine hohle Zwiebel besitzt.

4. Trichotische Periode. In dieser Periode, welche den ganzen Sommer dauert, ist die Kopfhaut an allen Stellen mehr oder minder gut mit Haaren versehen; diese sind schwarz und stark und gegen Zug widerstandsfähig; sie wachsen, bis sie eine Länge von höchstens 10 cm erreichen: dann beginnt, und zwar gegen den Anfang des Herbstes, die tricholytische Periode.

Selbstverständlich sind diese verschiedenen Perioden nicht scharf voneinander abgegrenzt, sondern es geht die eine allmählich in die andere über.

Histologischer Befund.

Auch die histologischen Befunde bestätigen die gemachte Einteilung des klinischen Verlaufes. In der tricholytischen Periode findet man auf dem Grunde der Follikel Haare mit voller oder fast voller Zwiebel, welche sich also auf eine sehr verkleinerte Papille stützen, von der sie zuweilen schon durch einen leeren Raum getrennt erscheinen. Einige dieser Haare mit fast voller Zwiebel sind noch auf normale Tiefe eingepflanzt, ihre innere Epithelscheide erstreckt sich von der Zwiebel bis zur Talgdrüse; andere, mit bereits voller Zwiebel, sind oberflächlicher, in der Nähe der Ausmündung der Talgdrüse eingepflanzt, und ihre innere

Epithelscheide ist in der Nähe der Ausmündung der Drüse selbst verschwunden: diese Haare sind schon nahe dem Ausfallen. Alle Bestandteile dieser Haare sind mehr oder minder weitgehend verändert. Die Zellen des medullaren Teiles verschwinden allmählich gegen die Wurzel des Haares hin; der Markkanal, welcher im oberen Teil des Haarstammes noch erhalten ist, verschwindet in den tieferen Partien. In dieser tieferen bzw. Wurzelportion erscheint das Haar zuweilen dünner, weniger gefärbt, so daſs, während der Stamm noch unverändert ist, die Zwiebel bereits verkleinert ist. Dieser Befund beweist, daſs die Veränderungen des Haares in der Nähe der Papille ausgesprochener sind, weil sie von der Papille abhängen, so daſs sie auf eine Entwicklungsanomalie in direkter Beziehung zu einer schweren Störung der Papille selbst hindeuten, welche das regulierende Organ der Ernährung und der Innervation des erzeugenden Teiles des Haares darstellt.



Fig. 1.
Periode der Tricholyse.



Fig. 2.
Periode der Tricholyse.

In der Periode der Alopecie sind die Follikel leer, mit einer leichten Keratosis an den Infundibulis: einzelne Follikel erscheinen leicht deformiert oder an einigen Stellen schmaler oder auch etwas von der normalen Richtung abgelenkt. Diese Abweichung hängt wahrscheinlich, wie Unna annimmt, von der Wirkung der Mm. erectores, welche, wenn sie sich kontrahieren, eine leere Scheide biegen, welcher die Steifheit fehlt, die ihr

die Anwesenheit des Haares verleiht. Die Funktion der Papillen ist jedoch nicht in allen Follikeln aufgehoben: auf dem Grunde einzelner Follikeln besteht noch eine hypotrophische Papille mit der Andeutung eines Haaransatzes; man könnte hier den Ausdruck Besniers anwenden: „La papille n'est pas morte, elle est en état de léthargie." Man beobachtet hier vielleicht eine Erscheinung ähnlich derjenigen, welche ich bei der Tallium-Alopecie beobachtet habe, d. h. einen Zustand von vorübergehender Hypotrophie der Papille.



Fig. 3.
Periode der echten Alopecie und Beginn der Periode der Trichogenese.

Rings um die Basis des Follikels besteht keine entzündliche Infiltration: man beobachtet nur eine Zunahme der Bindegewebszellen, welche auf eine einfache Ernährungsstörung hindeutet. Das klinisch beobachtete Fehlen entzündlicher Erscheinungen wird somit durch den histologischen Befund völlig bestätigt. An einigen Stellen besteht bereits infolge der wiederholten Rezidive ein geringer Grad von auf die Basis des Follikels beschränkter Bindegewebssklerose. Die Talgdrüsen weisen keine besonderen Veränderungen auf; sie sind weder hyper- noch atrophisch.

In der Periode der Trichogenesis sieht man von der äußeren Epithelscheide mancher Follikel einen vollen Zellenknopf ausgehen, welcher schräg zur Achse des Follikels nach der Tiefe hin gerichtet ist, derselbe verlängert sich dann nach unten hin, schleppt die Glasscheide mit sich und verdrängt zu gleicher Zeit das Bindegewebe, welches sich somit wie ein Sack rings um den Knopf selbst legt. Gegen den Grund dieses Sackes verläuft dann eine Gefäßschlinge oder ein Gefäßbüschelchen, welches in denselben eindringt und ihn papillenförmig emporhebt; diese neue Papille ist somit von dem Epithelien-

knopf umgeben, in welchem die Zellen, indem sie sich kegelartig anordnen, eine innere Epithelscheide und später das neue Haar erzeugen. Dieses neue Haar dringt allmählich in dem Follikel, welches das frühere, in der Periode der Tricholysis ausgefallene Haar enthielt, hervor, und so kommt man zum histologischen Bilde der Periode der Trichose.

Alle diese histologischen Erscheinungen stellen jedoch nichts Charakteristisches, d. h. wesentlich von dem Befunde z. B. bei den gewöhnlichen kachektischen Alopecien toxischen oder infektiösen Ursprungs Verschiedenes dar. Diese Veränderungen kann man andererseits als einen anormal starken Grad der normalen Erscheinung des physiologischen Haarwechsels betrachten, mit dem einzigen Unterschied, dafs im vorliegenden Fall die fast systematische Einteilung des klinischen Verlaufes in die erwähnten Perioden möglich ist.



Fig 4.
Periode der Trichogenese.

Man mufs jedoch hervorheben, dafs der Prozefs, obwohl er die periodische Regelmäfsigkeit seiner Rezidive beibehalten hat, in den beiden letzten Jahren eine Abschwächung seiner Charaktere erfahren hat. In der Tat ist in der Periode der Trichogenese in den beiden letzten Jahren der Wiederwuchs der Haare nicht mehr ein allgemeiner, d. h. über die ganze Kopfhaut ausgebreiteter gewesen, sondern die neuen Haare haben sich fleckenweise entwickelt, d. h. die neue Behaarung des Kopfes ist in Form von mehr oder minder grofsen, in den verschiedenen Gegenden und besonders in der Schläfen-, Stirn- und Hinterhauptgegend unregelmäfsig zerstreuten Flecken aufgetreten. Dabei wurde aufserdem beobachtet, dafs einige Zonen, in welchen im vorletzten Jahr während des Frühlings die Alopecie weiterbestanden hatte, im letzten Frühjahr hingegen behaart erschienen. Diese klinische Beobachtung stimmt übrigens mit dem histologischen Befund

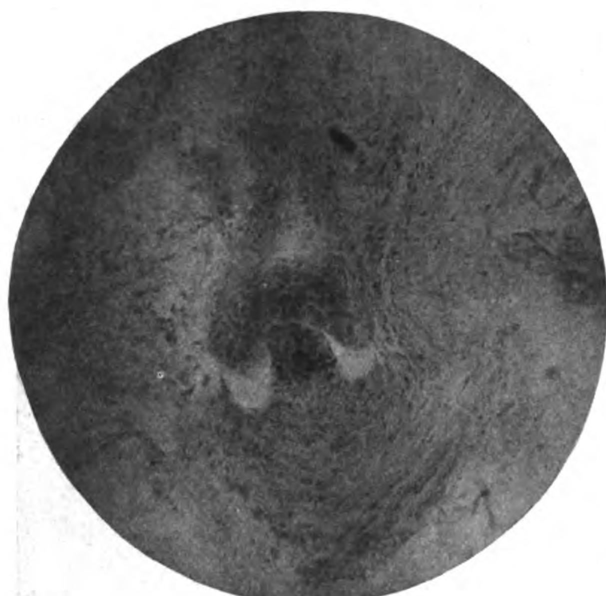


Fig. 5.
Periode der Trichogenese.

überein, indem ich an den betreffenden Stellen einen lethargischen Zustand der Papille hervorgehoben habe, d. h. einen vorübergehenden Zustand der Hypotrophie, so dafs in der Papille das Streben nach einer Regeneration des Haares weiterbestände auch klinisch durch die Tatsache nachweisbar ist, dafs entsprechend einigen Follikelausmündungen in Zonen, in welchen in der trichotischen Periode die Alopecie weiterbestanden hatte, das Emportreten kleiner schwarzer Punkte wahrgenommen wird, welche, wenn sie mit der Zange ausgezogen werden, was sehr leicht geschieht, sich als kleine Haarstämme mit nicht ganz voller Zwiebel erweisen, die nicht imstande sind, eine gröfsere Länge zu erreichen.

Ätiologie und Pathogenese.

Das Mädchen hat weder während der Kindheit noch später besondere Krankheiten von Belang durchgemacht, abgesehen von der Affektion, welche den Gegenstand dieser Arbeit bildet. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts besonderes. Das Mädchen hat Anfang Februar 1909 menstruiert; die Menses sind dann immer mit etwas Verspätung und ziemlich spärlich eingetreten. Das Mädchen hat ein gesundes Gebifs; es hat immer ein äufserst schwächliches Aussehen gehabt, obwohl es im Verhältnis zum Alter ziemlich gut entwickelt erscheint.

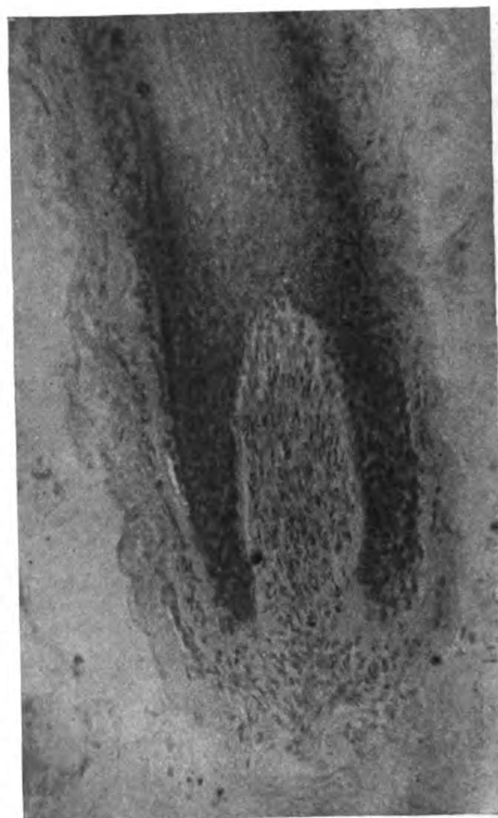


Fig. 6.
Periode der Trichose.

Infolge der besonderen Natur des alopecischen Prozesses war hier eine Fahndung auf eventuelle hypothetische Parasiten überflüssig.

Dagegen kommt der Tatsache eine grofse Bedeutung zu, dafs die periodische Erscheinung der Alopecie synchronisch mit einer ebenfalls periodischen Abnahme des Hämoglobingehaltes bei Normalbleiben des Verhältnisses zwischen den roten und den weifsen Blutkörperchen auftrat.

Zur Herbstzeit wird das Mädchen schwächlicher, und neben dem Rückgang des Ernährungszustandes beobachtet man eine ziemliche Blässe der äufseren Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Im Frühjahr bessert sich der Allgemeinzustand wieder, das Mädchen wird kräftiger, und neben einem Röterwerden der Haut und der Schleimhäute beobachtet man eine Zunahme des Hämoglobingehaltes des Blutes. Der alopecische Prozefs erscheint somit wie ein genauer Ausdruck des allgemeinen Zustandes des Mädchens. Der pathogenetische Prozess bleibt jedoch dunkel und schwer zu erklären.

Wenn diese Erscheinung der Alopecie eine direkte Folge einer abgeschwächten hämatopoëtischen Tätigkeit wäre, hätten die Kräftigungskuren mit Eisen- und Arsenpräparaten, indem sie die Blutbeschaffenheit besserten, wenigstens die Periodizität des alopecischen Prozesses unterbrechen müssen. Das war aber nicht der Fall. Welchen ätiologischen Faktor kann man nun zur Erklärung dieses periodischen Synchronismus der Alopecie und der Anämie heranziehen?

Brocq, welchem ich meine Beobachtung mitteilte, behauptete, er habe eine solche Erscheinung nie gesehen, und wies mich auf die Pelade perpetuelle von Besnier hin. Diese ist aber augenscheinlich sehr verschieden von der von mir beobachteten Erscheinung. Bei den Pelades perpetuelles Besniers beobachtet man zwar mehrere Rezidive, dieselben sind aber durch unregelmäfsige, zuweilen jahrelange Zwischenräume getrennt, während in meinem Fall der Prozefs eine ganz regelmäfsige Periodizität aufwies. Bei den Pelades perpetuelles tritt ja sogar die Alopecie zuweilen mit einer aufsergewöhnlichen Hartnäckigkeit immer wieder von neuem auf, so dafs, wie Dehn sagt, kaum von Rezidiven die Rede sein kann und es sich vielmehr um „Poussées à peu près subintrantes" handelt und „la durée de la maladie n'a pas de limites".

Sabouraud, dem ich meine Beobachtung auch mitgeteilt habe, hat die Hypothese aufgestellt, dafs in dem pathogenetischen Mechanismus vielleicht die Tuberkulose eine wichtige Rolle spiele. Eine solche Annahme könnten die hereditären Verhältnisse des Mädchens in der Tat nahe legen, obwohl klinisch nie Erscheinungen nachgewiesen werden konnten, welche eine Vermutung in dieser Richtung hätten rechtfertigen können. Übrigens sind die ungünstigen Bedingungen, unter welchen das intrauterine Leben verlaufen ist, auch nicht aufser acht zu lassen.

Andererseits wäre bei dem sonderbaren periodischen Verlauf der Alopecie auch nicht die Annahme eines besonderen Einflusses des Nervensystems auszuschliefsen, welcher vielleicht unter besonderen Verhältnissen eines veränderten Stoffwechsels auf die Hämatopoëse wirkt. Diese Annahme würde auch mit der neuropathischen Heredität der Patientin und mit einer gewissen nervösen Beschäffenheit in Einklang stehen, welche sich durch einen sonderbaren Tik der Lippen äufsert.

In histologischer Beziehung sind keine entzündlichen Erscheinungen nachweisbar; aus der Histogenese des Prozesses geht seine trophische Natur hervor; d. h. die Läsionen erscheinen denjenigen ähnlich, welche man bei kachektischen und toxischen Alopecien beobachtet.

Es ist übrigens bekannt, dafs alle allgemeinen Störungen des Organismus, seien sie infektiöser, dyskrasischer oder kachektischer Natur, die Erscheinung der Alopecie herbeiführen und befördern können. In diesen Fällen wird eine wahrscheinliche Erklärung des pathogenetischen Mechanismus in einer Einwirkung des Nervensystems gesucht. Auch bei meinen Beobachtungen über experimentelle toxische Talliumalopecien hat sich ein Einflufs des Nervensystems als sehr wahrscheinlich ergeben. Die Kranke LEDERMANNS war epileptisch.

Man könnte somit auch in meinem Fall mit Wahrscheinlichkeit annehmen, dafs die Periode der ausgesprochenen Anämie unter dem Einflufs des Nervensystems stehe und den Ausdruck einer periodischen Veränderung des Stoffwechsels darstelle, welche die Papillenzirkulation beeinflufst und den Haarausfall hervorruft. Es ist dabei keineswegs ausgeschlossen, dafs die tuberkulöse Heredität dazu beigetragen hat.

Wenn man annimmt, dafs in jedem Fall die Haarpapille durch die Wirkung gewisser Gifte bakterischen Ursprungs oder rein chemischer Natur direkt beeinflufst werden kann, so könnte die Alopecia in unserem besonderen Fall als die Folge einer Ernährungsstörung, d. h. als ein Symptom der Distrophie gedeutet werden. Mit anderen Worten, man könnte annehmen, dafs ein toxisches Moment unter gewissen unbekannten Umständen periodisch seine Wirkung ausübt, und dafs die Alopecia in ihren periodischen Rezidiven einen sonderbaren Ausdruck einer Trophoneurose darstelle.

Mein Lehrer, Prof. MAJOCCHI, dem ich meinen Fall mitgeteilt habe, hat mir vorgeschlagen, denselben mit der Benennung „Alopecia periodica“ zu belegen, welche der Entwicklung und dem Verlauf der Dermatose genau entspricht.

(Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. RÜHL-Turin.)

Literatur.

KLOTZ, „*Journal of cut- and genit.-urin. diseases*", 1897.
LEDERMANN, Berl. derm. Gesellsch. 1900. (Ref. im „*Arch. f. Dermat.*")
VIGNOLO-LUTATI, Neuer kasuistischer Beitrag zu den experimentellen und therapeutischen Talliumalopecien. („*Monatsh. f. prakt. Dermat.*" Bd. 46.)
DÉHU, Pelade. („*La pratique dermatol.*" II. 3, S. 660.)

Versammlungen.

Aus dem XI. Pirogoffkongreſs zu St. Petersburg.

21. April (4. Mai) bis 28. April (11. Mai) 1910.

(XIII. Sektion: Hautkrankheiten und Venerische Krankheiten.
Vorsitzender: Prof. T. P. PAWLOFF.)

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

Vom 21. April (4. Mai) bis zum 28. April (11. Mai) dieses Jahres hat der XI. Pirogoffkongreſs in St. Petersburg stattgefunden, zu welchem sämtliche Ärzte von verschiedenen, meistens sehr entfernten Punkten des groſsen russischen Reiches sich versammelt hatten — es waren mehr als 2000 Teilnehmer.

Schon in den ersten Tagen seiner Tätigkeit hatte die XIII. Sektion durch die Vielfaltigkeit der Vorträge und die Menge der Teilnehmer, besonders während der gemeinschaftlichen Sitzungen, allgemeines Interesse erregt und diese Sektion hat auch tatsächlich in ziemlich kurzer Zeit mehrere wichtige spezielle Fragen der Neuzeit berührt.

Im groſsen und ganzen hatte die XIII. Sektion zwei selbständige und drei gemeinschaftliche Sitzungen abgehalten. Während der ersten Sitzung, die am 22. April (5. Mai) in den gastfreundlichen Räumen des Medizinischen Instituts für Ärztinnen stattgefunden hat, wurde Doz. P. A. PAWLOFF-Moskau als Ehrenpräsident erwählt.

Als erster Vortragender trat Doz. Dr. W. W. IWANOFF-St. Petersburg mit seiner ausgedehnten Arbeit: **„Über die Ätiologie der Folliklis"** vor. Der Vortragende, welcher sich für die tuberkulöse Ätiologie der Folliklis erklärte, behauptete, daſs sämtliche als Folliklis bei nicht tuberkulösen Individuen beschriebenen Fälle als solche ätiologisch nicht überzeugend genug seien, da, wie bekannt, die Tuberkulose auch latent verlaufen könne; was nun den einzigen literarisch bekannten Fall anbetrifft, wo bei der Sektion die Tuberkulose nicht nachgewiesen worden ist, so spricht auch dieser Fall durchaus nicht gegen die tuberkulöse Ätiologie der Folliklis, da der Fall klinisch keine typische Folliklis darstellte, abgesehen davon, daſs auch bei der Sektion die Tuberkulose öfters übersehen werden könnte. Es könnten also einzig und allein diejenigen Fälle als überzeugend betrachtet werden, wo bei typischer Folliklis die Tuberkulose klinisch nachzuweisen wäre und wie die PIRQUETsche Reaktion, so auch die Tuberkulininjektion absolut negativ ausfallen würden; solche Fälle aber sind nun dem Vortragenden gänzlich unbekannt.

Dementsprechend und sich auf seine sieben Fälle stützend, von denen sechs ganz ausgesprochene klinische Symptome der Tuberkulose darstellten, kommt der Vortragende zu folgendem Schlusse:

1. Es gibt keine durchaus überzeugende Beobachtung gegen die tuberkulöse Ätiologie der Folliklis.

2. Die bazillär-tuberkulöse Theorie der Folliklis beruht meistenteils auf Tatsachen, welche in den letzten drei Jahren aufgetaucht sind.
3. Es kann sein, daſs die Folliklis in nächster Zeit aus der Gruppe der Tuberkulide in diejenige der echten Tuberkulose der Haut übergehen wird.
4. Die typische Lokalisation der Folliklis ist klinisch von groſser Wichtigkeit.
5. In den einzelnen Fällen der latenten Tuberkulose der inneren Organe kann die Folliklis als einziges Merkmal der Tuberkulose dienen.

Der Vortrag verlief ohne jede Diskussion. In seinem Schluſsworte bemerkte der Ehrenpräsident Pawloff, daſs das Studium der Folliklisfälle in der Beziehung wichtig sei, daſs man dabei die Möglichkeit habe, die latent verlaufende Tuberkulose der inneren Organe vorzeitig zu erkennen.

Ebenfalls verlief ohne jegliche Diskussion der darauf folgende Vortrag von Dr. Ketschek-St. Petersburg: **„Der Vergleich des therapeutischen Wertes der Finsenlampe mit der Kromayerschen Quarzlampe bei Lupus und einigen anderen Hautkrankheiten.“** An erster Stelle berührte Ketschek die Verschiedenheit der Meinungen über die therapeutische Wirkung der Quarzlampe, sowie die Unzuverlässigkeit der Experimente zugunsten der Kromayerschen Ansichten über diese Frage, betonte alsdann die Hauptfehler der Quarzlampe im Vergleiche mit der Finsenlampe, d. h. die unbedeutende Tiefenwirkung gegenüber der eintretenden lokalen Reaktion, das Fehlen eines günstig wirkenden, vollkommenen Ödems und das Überwiegen der destruktiven Prozesse.

Sich auf die Literatur der Frage sowie auf einige eigene Beobachtungen stützend, kommt Ketschek zu folgendem Schlusse:

1. Die Frage über den Vergleich des therapeutischen Wertes der Kromayerschen Quarzlampe und der Finsenlampe muſs vorläufig offen bleiben, da wir bis jetzt noch keine genügenden Standpunkte zur Beurteilung dieser Ergebnisse besitzen.

2. Jedenfalls muſs die Quarzlampe in der Tiefenwirkung der Finsenlampe gegenüber weichen.

3. Die Anwendung der Quarzlampe ist nur bei oberflächlichen Veränderungen am Platze.

Die gleichgültige Haltung der Zuhörer bei beiden vorherigen Vorträgen, die ohne Diskussion verliefen, wurde schroff geändert, als W. J. Terebinsky-St. Petersburg der Versammlung seine Arbeit: **„Sind die Erscheinungen der tertiären Syphilis als nicht ansteckende zu betrachten?“** vortrug.

Dieser Vortrag führte, wie natürlich, zu heftigen Debatten und es war jedenfalls augenscheinlich, daſs ein gewisser Teil der Verneiner der Ansteckung der tertiären Syphilis keinen groſsen Wert auf die Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung der Neuzeit legten.

Nach längerer Diskussion, in welcher Kulnew, Menzikowsky, Petersen, Michailowsky, Pawloff, Gundoroff, Eliasberg, Archangelskaja, Solowieff und Gurwitch teilnahmen, beschloſs die Sektion eine spezielle Kommission zur Bearbeitung der Resolution auf Grund der ausgesprochenen Meinungen zu erwählen. Die Frage wurde also auf eine auſserordentliche Sitzung am 25. April verschoben, an welchem Tage der Vorsitzende der Kommission Prof. T. P. Pawloff erklärte, daſs dieselbe zu keinem definitiven Resultate gekommen sei, da die Meinungen zu sehr verschieden waren. Es blieb demnach der Sektion nichts übrig, als die schriftlich vorgelegten verschiedenen Meinungen vorzulesen (Petersen, Kulnew, Pawloff, Iwanoff, Sabolotny, Ehrlich, Eliasberg, Terebinsky, Solowieff). Dabei wurde aber auch keine von diesen Meinungen von der Sektion angenommen und die Versammlung beschloſs endgültig die Frage über die Ansteckung der tertiären Syphilis wegen Mangel

an klinischen Beobachtungen dem nächsten Pirogoffkongrefs vorzulegen und zu diesem Zwecke eine beständige Kommission bei der Pirogoffgesellschaft (Moskau) zu gründen, mit dem Hauptzweck, ein klinisches Material nach bestimmtem Kartensystem zu sammeln.

In derselben Sitzung demonstrierte P. A. Pawloff-Moskau seine Moulagen, Photographien und mikroskopische Präparate von **Blastomycosis** und **Pemphigus syphiliticus adultorum.**

In der Diskussion wurde hauptsächlich der zweite Fall besprochen; Sokoloff äufserte die Meinung, dafs der Fall mehr an Syphilis cutanea papulosa cornea vegetans erinnere. Der Opponent bemerkte, dafs der Fall bereits in der Moskauer Dermatologischen Gesellschaft demonstriert wurde, wobei eine Diskussion schon damals entstand, ob die Blasen primären oder sekundären Ursprungs seien und Prof. Pospeloff der Meinung war, dafs es sich hier eher um die Blasen sekundären Ursprung handle und er sich demnach zugunsten der Diagnose von Syphilis cutanea papulosa vegetans aussprach.

An der Diskussion nahmen aufserdem Pawloff (T. P.), Iwanoff und Gundoroff teil, von denen ersterer den Fall als eine Form von pustulöser Syphilis betrachtete, der zweite weder klinische, noch histologische Beweise zugunsten des Pemphigus syphiliticus adultorum fand und der dritte einen Fall von Pemphigus syphiliticus erwähnte, wo er persönlich von Anfang an die primäre Bildung der Blase ohne vorherige syphilitische Infiltration beobachtete.

Zum Schlufs der Sitzung demonstrierte Terebinsky-St. Petersburg einen Fall von **multiplen benignen Sarkoiden Boeck.**

Der **Leprafrage**, welche in Rufsland als ein Volksübel betrachtet werden mufs, wurden zwei gemeinschaftliche Sitzungen gewidmet, und zwar am 23. April 1910 (Volksmedizin, Infektionskrankheiten und Hautkrankheiten) und am 24. April 1910 (Hautkrankheiten und Bakteriologie).

Es erwies sich aus mehreren Vorträgen (Hübert, Biller, Andrussohn, Solotavin, Prochoroff), dafs der Kampf gegen Lepra in Rufsland noch immer keinen genügend festen Fufs gewonnen hat und dafs es zu diesem Zwecke notwendig sei, alle Kräfte zusammenzuziehen und eine Einförmigkeit der Mafsregeln herzustellen. Demnach sprach die Versammlung den allgemeinen Wunsch aus, dafs das Präsidium der Pirogoff-Gesellschaft in der nächsten Zeit eine Leprakonferenz unter Mitwirkung von Spezialisten, Vorstehern der Leprosorien usw. versammeln möchte.

Was die Ansteckung der Lepra und die Therapie derselben anbetrifft, so haben sich die Meinungen der Spezialisten geteilt. Während Hübert, Biller, Solotavin der Meinung sind, dafs die Krankenisolation als einziges Mittel im Kampfe mit der Lepraverbreitung zu betrachten sei, meint Prochoroff seinerseits, sich auf Grund seiner Beobachtung des Kampfes mit der Lepra in Norwegen stützend, dafs man diese Krankheit nicht durch strenge Isolation zu bekämpfen habe, sondern nur durch kulturelle Mafsregeln.

Was nun die Therapie der Lepra anbetrifft, so haben manche (Hübert) bei der Anwendung des Nastins von Deyke-Pascha Erfolg gehabt, während andere wiederum (Andrussohn) vor der Anwendung dieses Mittels warnen, da dasselbe als Nebenwirkung zur vollständigen Erblindung führen kann.

In der gemeinschaftlichen Sitzung vom 24. April 1910 wurde mit besonderem Interesse der Vortrag von Kedrowsly-Moskau: **„Zur Frage über die Möglichkeit der Lepraimpfung bei Tieren“** vernommen. Es gelang dem Vortragenden eine Reinkultur der nicht säurefesten Stäbchen aus den Lepraknötchen zu züchten; diese Reinkultur hat K. zweien Kaninchen unter die Dura mater injiziert, dabei ist ein Kaninchen zugrunde gegangen und das andere hat die Injektion überstanden; ein Jahr später

bekam das fragliche Kaninchen eine Parese der unteren Extremitäten. Bei der Obduktion entdeckte man in der Pia mater des Rückenmarkes sehr zahlreiche Knötchen, die aus sehr grofsen, mit säurefesten Stäbchen gefüllten Zellen bestanden; bei weiteren Überimpfungen bekam K. teils säurefeste, teils nicht säurefeste Stäbchen; die Kulturen entwickelten sich langsam bei 37° T. und einige Kolonien erinnerten an solche bei den Tuberkelbazillen. Vielfache Impfungen überzeugten den Vortragenden, dafs bei intravenösen Injektionen der Reinkultur sich Knötchen bilden, die mit den Lepraknötchen grofse Ähnlichkeit haben und eine Menge von säurefesten Stäbchen enthalten, dagegen wäre bei Impfungen in das Lymphsystem ein klinisches Bild der Tuberkulose zu bekommen. KEDROWSKY meint daher, dafs seine Untersuchungen die alte HANSENsche Ansicht bestätigen, dafs man ebenso säurefeste, wie auch nicht säurefeste Leprabazillen beobachten kann. Zum Schlufs behauptet der Vortragende, dafs seine Reinkultur ein wirklicher Lepraerreger sei.

In der Diskussion (HÜBERT, MASLAKOWETZ) wurde bemerkt, dafs eine biologische Reaktion zugunsten der Spezifität der KEDROWSKYschen Reinkultur sich erweisen müsse, was aber bis jetzt nicht der Fall gewesen ist. Dagegen äufserte sich SABOLOTNY und meinte, dafs das Fehlen der biologischen Reaktion bei weitem kein Beweis gegen die Spezifität der KEDROWSKYschen Reinkultur sei.

Es wurde viel gesagt und diskutiert über die **Technik der WASSERMANNschen Reaktion** und deren diagnostischen Wert, insbesondere bei Nervenkrankheiten.

Die gröfsere Anzahl der Vortragenden äufserte sich in dem Sinne, dafs die Technik der WASSERMANNschen Reaktion nicht als vollständig bearbeitet zu betrachten sei und dafs darin der Grund der vielen Irrtümer liege und der Verschiedenheit des Endresultates bei der Verwendung ein und desselben Serums.

Es kam zu heftigem Gefechte bei der Besprechung des diagnostischen Wertes der WASSERMANNschen Reaktion, wobei einige Neuropathologen sich entschieden gegen die Syphilidologen äufserten; ebenfalls wurde die Frage, in wie fern die positive WASSERMANNsche Reaktion in einzelnen Fällen als Indikation für spezifische Behandlung dienen könnte, mehrfach bestritten.

Es wurde endlich beschlossen, eine spezielle Kommission zur Bearbeitung der einheitlichen Methodik der WASSERMANNschen Reaktion zu erwählen, und es wären die Verhandlungen dieser Kommission am nächsten Pirogoffkongrefs vorzutragen.

Die Frage über die **Komplementbindung bei Lepra, Malleus, Blennorrhoe und Typhus** wurde ebenfalls besprochen. MERKURIEFF-Charkoff erhielt in den meisten Fällen von Lepra tuberosa und Lepra anaesthetica gleichfalls wie auch bei den schweren Typhusfällen eine positive WASSERMANNsche Reaktion. Nicht minder bemerkenswert sind die Untersuchungen von FEDDERS; derselbe hat sich mit der Frage der Komplementbindung bei den an Malleus erkrankten Pferden längere Zeit beschäftigt und bei 125 Fällen 123 mal die Komplementbindung viel früher als die Malleinreaktion bekommen; dagegen fiel bei 300 gesunden Pferden die WASSERMANNsche Reaktion stets gänzlich negativ aus.

Da in Rufsland an Malleus jährlich mehr Menschen als in Deutschland Pferde zugrunde gehen, so empfiehlt FEDDERS eine möglichst frühe Anwendung der WASSERMANNschen Reaktion in allen malleusverdächtigen Fällen um so mehr, als bei der frühzeitigen Diagnosierung man eher auf eine Genesung hoffen kann. So hat auch FEDDERS tatsächlich auf diese Weise in seinen vier Fällen zweimal vollständige Heilung erzielt; auch gelangten im Chersoner Gouvernement von 30 Erkrankten 15 zur vollständigen Genesung.

Die Frage über die Komplementbindung bei der Blennorrhoe wurde in den Vorträgen von Ärztin DEMBSKAJA und MERKURIEFF berührt. Es ergab sich aus der darauf

folgenden Diskussion, dafs die Frage über die Serodiagnose und die Vaccinetherapie bei der Blennorrhoe noch ziemlich unklar sei und weiterer Prüfung bedürfe; immerhin sei eine einförmige Methodik und die Anwendung einer frisch vorbereiteten Vaccine zu wünschen. Auch wurde die Frage über Serodiagnose und Vaccinetherapie bei Blennorrhoe als Programmfrage für den nächsten Pirogoffkongrefs vorgeschlagen.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

August 1910.

Ein Fall von Parakeratosis variegata, von MALCOLM MORRIS und S. ERNEST DOVE-London. Patient, 50 Jahre alt, bemerkte zuerst vor etwa acht Jahren Rauheit und Abschuppung an Armen und Beinen; zwei Jahre später wurde die Haut stellenweise rot und einige der Herde bedeckten sich mit Schuppen. Die Affektion blieb so mit wenig Veränderung bis vor zwei Jahren, von wo ab eine kleine Besserung sich einstellte. Die Eruption ist ausgesprochen symmetrisch in ihrer Verteilung, an den Oberarmen, hauptsächlich deren Aufsenflächen, den Vorderarmen, wo besonders die Beugeflächen affiziert sind, an den Vorder- und Innenflächen, weniger den rückwärtigen Teilen der Oberschenkel und den Waden lokalisiert. Die Haut von Gesicht und Nacken, Rumpf, Händen und Füfsen ist völlig normal und war niemals affiziert, ebensowenig wie behaarter Kopf, Knie und Ellenbogen. Besonders charakteristisch ist die Eruption am rechten Oberarm (Abbildung). Die Eruption ist ausgesprochen schuppend, stellenweise sind die Schuppen gehäuft, aber weniger silberglänzend und mehr adhärent als bei Psoriasis. Die Eruptionen sind leicht pigmentiert und verschwinden entweder oder hinterlassen eine bräunliche Verfärbung auf Druck. Ausgesprochenes Jucken ist nicht vorhanden, aber die Schuppen verursachen etwas Unbehagen und führen zum Kratzen, ihre Entfernung ist zuweilen von leichter Blutung begleitet. Behandlung war ohne jeden Erfolg (mit Ausnahme, die Schuppung zu entfernen) und die Krankheit scheint die Tendenz zu allmählicher Weiterverbreitung zu haben. Dieser Fall gehört nach Ansicht der Verfasser zweifellos zu der Gruppe von Krankheiten, welcher COLCOTT FOX und MACLEOD die Bezeichnung „hartnäckige maculo-papulös-squamöse Erythrodermien“ gegeben hat und wofür BROCQ die Bezeichnung „Parapsoriasis“ vorzieht, und zwar ist es wohl die zweite der drei Unterarten von Parapsoriasis, die paralichenoide (in der Mitte zwischen Lichen und Psoriasis stehend), welche der Parakeratosis variegata oder dem Lichen variegatus entspricht.

Über den Befund an säurebeständigen Bazillen in den Fäces bei tuberkulösen Zuständen, speziell in bezug auf Lupus vulgaris, von FREDERIK P. WILSON-Liverpool. Anschliefsend an frühere Arbeiten hat MOORE ALEXANDER in einer erschöpfenden Studie dieses Gebietes säurefeste Tuberkelbazillen bei 52 von 74 Fällen tuberkulöser Erkrankung verschiedener Art, wie Meningitis, chronischer Pleuritis, verkästen Drüsen gefunden und konnte solche säurefeste Bazillen in den Fäces von 18 gesunden Personen und 111 Patienten, welche an anderen Krankheiten als an Tuberkulose litten, nicht nachweisen. WILSON nahm Veranlassung, im Stuhle von Patienten, die mit Lupus vulgaris behaftet waren, nach solchen Tuberkelbazillen zu fahnden, aber in keinem der neun Fälle, welche verschiedentliche Lokalisationen des Lupus betrafen, wurden diese Bazillen, obwohl sich W. genau an die von ROSENBERGER

und ALEXANDER angegebene Technik hielt, gefunden; er hebt noch hervor, dafs in keinem seiner neun Fälle der Stuhl hart oder obstipiert war, nachdem ALEXANDER angibt, dafs hierbei der Tuberkelbacillus oft fehlt, aber nach Darreichung eines Abführführmittels, wie Kalomel, auftritt. Diese negativen Resultate bei Lupus vulgaris sind in bezug auf die Tatsache, dafs derselbe immer als streng lokale Affektion mit geringer Neigung zu tuberkulöser Erkrankung anderer Organe angesehen wurde, von Interesse. Immerhin hofft W. trotz dieser negativen Resultate, dafs es bei weiteren Untersuchungen und Verbesserungen in der Technik gelingen wird, den Tuberkelbacillus in den Fäces von Patienten, die an sogenannten Toxituberkuliden leiden, nachzuweisen.

Eine kurze Besprechung der neuen spezifischen Syphilisbehandlung, von J. E. R. McDONAGH. Die Fälle, welche am besten dem neuen EHRLICHschen Mittel (Dioxydiamidoarsenobenzol) wichen, sind jene, die nur geringe oder keine Besserung auf lange währenden Hg-Gebrauch zeigten, d. h. maligne Syphilis und syphilitische Knochenaffektionen. Es wird über 200 Fälle berichtet, wo eine positive WASSERMANNsche Reaktion durch eine einzige Injektion in eine negative verwandelt wurde. McDONAGH, dem selbst das Mittel von EHRLICH zur Verfügung gestellt wurde, der aber noch mitten in seinen Versuchen steht, erklärt, der Schmerz nach der Injektion könne durch Neutralisation mit Essigsäure, ohne dafs die Wirkung des Mittels vermindert werde, auf ein Geringes reduziert werden, und bei der Darstellung folge man am besten der Methode von MICHAELIS (erst das Pulver mit absolutem Alkohol trocknen, dann in 16 ccm sehr heifsen Wassers auflösen und 1 ccm normaler Sodalösung [40 g auf den Liter] auf je $^1/_{10}$ g Pulver zusetzen, gut schütteln, drei Tropfen einer $^1/_2$%igen Alkohollösung zufügen und mit normaler Essigsäure [60 g auf den Liter] titrieren, aber schliefslich einige Tropfen normaler Sodalösung zufügen, so dafs die Lösung gerade alkalisch ist). Von der erzeugten Emulsion ist je die Hälfte in beide Glutäalgegenden zu injizieren mit der Vorsicht, eine dicke Nadel zu benutzen.

Die Funktionen der Haut, von S. PEMBREY. (Fortsetzung.)

Stern-München.

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Juni 1910.

Sporotrichosis beim Menschen und deren Beziehung zu mykotischer Lymphangitis bei Pferden, von JAMES NEVINS HYDE und J. DAVIS-Chicago. Die Hauptschlüsse aus der eingehenden Arbeit von HYDE und DAVIS, welche ihre eigenen experimentellen Studien sowie die bezügliche Literatur wiedergeben, sind folgende: Der Typus der etwa ein Dutzend oder mehr Fälle von Sporotrichosis, die bis jetzt in Amerika beobachtet worden sind, stimmt im ganzen mit jenen, die in Frankreich und anderen Ländern des Kontinents vorkamen, überein. Diese Fälle sind auf den zuerst von SCHENCK beschriebenen und Sporotrichum Schenckii genannten Organismus zurückzuführen. Einige der in Amerika an Pferden beobachteten Fälle von mykotischer Lymphangitis oder epizootischer Lymphangitis sind auf das SCHENCKsche Sporotrichum zurückzuführen. Der Verlauf der an den Menschen beobachteten Fälle läfst die Wahrscheinlichkeit der Annahme zu, dafs die Krankheit von einer ähnlichen Affektion beim Pferde herrühre, einer Annahme, die besonders durch fünf der Fälle, wo die Patienten Berührung mit diesen Tieren gehabt haben, bekräftigt wird. Der Sporothrix ist jedoch ein nicht sehr häufig vorkommender Pilz und findet sich in der Umgebung von Scheunen und ungepflügten Äckern. Die Möglichkeit, dafs sowohl Menschen wie Tiere von der gleichen Quelle infiziert werden, kann nicht von der Hand gewiesen werden, und man mufs annehmen, dafs das Wachstum dieses Pilzes in manchen

Gegenden des Landes ein üppigeres als in anderen und hier die Gelegenheit zur Infektion sowohl für Männer wie für niedere Tiere eine gröſsere ist. Die an Pferden und Mauleseln in Europa, Asien und Afrika beobachtete und von den Tierärzten als mykotische Lymphangitis, gutartige, japanesische, auch afrikanische Räude bezeichnete Krankheit, welche Tokishige auf den Saccharomyces farciminosus zurückführt und welche klinisch den in Amerika unter derselben Bezeichnung berichteten Fällen ähnelt, kann nach den genauen Studien von Hyde und Davis nicht identisch mit der durch das Sporotrichum Schenckii verursachten Krankheit sein, da ja beide Organismen in ihren einzelnen Charakteristiken nicht übereinstimmen. Es sei möglich, daſs zwei Typen einer Pilzkrankheit bei Tieren in anderen Ländern vorkommen: die eine identisch mit der in Amerika beobachteten (Sporotrichosis), die andere von einem Saccharomyces oder Blastomyces verursacht. Die Arbeit ist mit sehr instruktiven, besonders die Reinzüchtungs- und Impfversuche der Verfasser illustrierenden (13) Abbildungen und einem wohl erschöpfenden, umfangreichen Literaturverzeichnis versehen.

Die therapeutische Anwendung der Gefriermethode, speziell mit fester Kohlensäure, von William Allen Pusey. Feste Kohlensäure (Kohlensäureschnee) wurde als Ersatz für flüssige Luft als Substanz von äuſserst niederer Temperatur, welche die gleichen therapeutischen Indikationen wie flüssige Luft, aber in der Handhabung viel gröſsere Vorteile bietet, gewählt. P. war neben White und Jackson (von der Vanderbilt-Klinik) einer der Hauptverteidiger dieser Gefrierbehandlung, deren Anwendungsweise und therapeutische Indikationen er in vorliegender Arbeit ausführlich bespricht. Beim Vergleich mit der Elektrolyse, welche für gewisse Affektionen gleicherweise indiziert ist wie die Gefriermethode, findet P., daſs bei Entfernung kleiner papillärer Ektasien und Mäler letztere gegenüber der Elektrolyse insofern im Nachteil ist, als sie eine viel gröſsere Schwellung und in der Folge einen nach der Elektrolyse nicht vorkommenden Hautdefekt verursacht, andererseits ist aber die Gefriermethode viel weniger schmerzhaft als die Elektrolyse. Das therapeutische Prinzip der festen Kohlensäure wie der flüssigen Luft ist die Erzeugung einer relativ tiefen, scharf umschriebenen, entzündlichen Reaktion im lebenden Gewebe durch plötzliche intensive Kälte, und diese Reaktion kann so reguliert werden, daſs man alle Grade von einfacher vorübergehender Rötung bis zu völliger Gewebszerstörung (wie mit dem Glüheisen) hervorrufen kann. Diese zerstörende Wirkung mit nachfolgender interstitieller Sklerosis ermöglicht in der Hautsubstanz, kranke Herde mit einem ganz geringen Aufwand von sichtbarer Narbenbildung zu entfernen. Vor allem zwei Faktoren sind es, welche die verschiedenen Grade der Wirkung beeinflussen: 1. der Grad des Druckes und 2. die Dauer der Kältewirkung. Findet letztere nicht länger wie fünf bis zehn Sekunden lang statt, so entsteht nur eine akute, trockene Dermatitis, bei 20 bis 30 Sekunden eine sehr starke entzündliche Reaktion, gewöhnlich mit Blasenbildung und einem gewissen Grade von schlieſslicher Sklerose der Haut, bei einer Minute und länger entsteht eine Blase, gewöhnlich mit Bildung eines dünnen, trockenen Schorfes, der in zwei bis drei Wochen abfällt und eine feine, weiche Narbe hinterläſst. Hauptsächlich drei therapeutische Indikationen kommen bei der Kälteeinwirkung in Betracht: 1. Jene Fälle, wo die Erzeugung einer stimulierenden Reaktion von Vorteil ist — hier könnte es sich aber nur um relativ kleine Herde handeln. 2. Die Fälle, wo es erwünscht ist, gewisse Gewebe in der Haut durch Erzeugung einer interstitiellen Sklerose zu zerstören — das Hauptgebiet der Kältemethode. 3. Wenn es erwünscht ist, sofortige Zerstörung erkrankter Gewebsmassen in der Haut hevorzurufen. Von den verschiedenen Hautkrankheiten, wo nun diese Indikationen in Anwendung kommen, nennt P. für die erste hartnäckige Fälle von Ekzema, Lichen planus und anderen umschriebenen chronischen Dermatosen, Lupus erythematosus, für die zweite

und dritte Art der Indikationen Lupus vulgaris, Entfernung von Tätowierungen, Keloide und hypertrophische Narben, Xanthoma planum, vor allem aber Warzen, Schwielenbildungen, Naevi und Pigmentmäler. Mögen letztere von der Gröfse einer Erbse oder eines Markstückes gewesen sein, stets gelang P. deren Entfernung auch samt den vorhandenen Haaren, indem er bei gröfserer Ausdehnung der Affektion entsprechend grofse Pausen in der Behandlung machte, bis stets je die Reaktion verschwunden war. Gröfsere Schwierigkeiten in der Behandlung verursachten die flachen Gefäfsmäler, während die grofsen hypertrophischen — bis zu Handtellergröfse und noch gröfser — Mäler keinen vollen Erfolg brachten. Ein Literaturverzeichnis, in welchem der verdiente Verfasser selbst mit den bedeutendsten Veröffentlichungen über dieses Thema glänzt, schliefst die Arbeit, welche er zur Eröffnung der 34. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung (Washington, 3. bis 5. Mai 1910) als Präsident vortrug. *Stern-München.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Syphilidologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1910. Nr. 1—2.

Serodiagnostik der Lues nach Wassermann, von Waclaw Goldman. Eingehende Beschreibung der biologischen Grundlagen der Wassermannschen Reaktion, deren Technik und klinische Bedeutung. Auch die Modifikationen von Maslakowetz und Liebermann, Bauer, Tchernogubow und Nogouchi werden ausführlich besprochen.

Nr. 3—4.

1. **Anton Elzenberg**, von Felix Malinowski. Warmer Nachruf für den jüngst verstorbenen bekannten polnischen Dermatologen. Wir entnehmen demselben das Verzeichnis seiner Arbeiten:

1. Die Beteiligung der fixen Bindegewebszellen an Entzündungsprozessen, 1876. 2. Lymphoma malignum, 1880. 3. Über die Vaskularisation der Carcinomzellen, 1880. 4. Anatomische Veränderungen in den Speicheldrüsen bei Lyssa der Hunde und der Menschen, 1881. 5. Veränderungen in den Speicheldrüsen unter dem Einflusse des Pilokarpins, 1881. 6. Ein Fall von Anaemia perniciosa idiopatica, 1881. 7. Veränderungen in den Nieren bei Quecksilbervergiftung, 1884. 8. Ein Fall von syphilitischer Cavernitis, 1885. 9. Beitrag zur Spitalsstatistik, 1885. 10. Inokulation von Tuberkulose bei einem Kinde, 1886. 11. Neue drei Fälle von Inokulation von Tuberkulose bei Neugeborenen nach ritueller Circumcision, 1886. 12. Pityriasis rubra universalis, 1887. 13. Ein Fall von Ekzem, kompliziert durch septische Infektion, 1889. 14. Syphilis und Tuberkulose, 1889. 15. Ein Fall von Urticaria pigmentosa, 1889. 16. Über Favuspilz, 1889. 17. Über Favuspilze bei Favus herpeticus, 1890. 18. Xeroderma pigmentosum, 1890. 19. Skrophulose, als Folge der Inokulation von Tuberkulose bei ritueller Circumcision, 1890. 20. Lupusbehandlung nach der Kochschen Methode, 1891. 21. Raynaudsche Erkrankung syphilitischen Ursprungs, 1892. 22. Gibt es idiopathische Hoden- und Nebenhodenentzündungen? 1892. 23. Syphilis und Ehe, 1892. 24. Syphilisbehandlung (klinischer Vortrag). 25. Die Verhütung der Syphilisverbreitung. 26. Zur Frage der gleichzeitigen Luesbehandlung mit Quecksilbereinreibungen und Schwefelbädern, 1893. 27. Brightsche Krankheit syphilitischen Ursprungs, 1894. 28. Gumma der Orbita, 1894. 29. Lupusbehandlung mit Parachlorfenol, 1894. 30. Ein Fall von Larynxmuskelgumma, 1894. 31. Zur Frage der Prophylaxe venerischer Erkrankungen, 1896. 32. Beitrag zur Bakteriologie der Ekzeme, 1897. 33. Ein Fall von multiplen idiopathischen Pigmentsarkomen, 1898.

2. **Radium, seine Eigenschaften und Anwendung in der Medizin,** von LUDWIK CHYBCZYSKI. (Fortsetzung.) Im vierten Teile seiner umfangreichen Arbeit bespricht Verfasser eingehend die verschiedenen Methoden der Radiumanwendung bei Behandlung maligner Neubildungen und hebt die besonderen Vorzüge der Methode von DOMINICI hervor.

Nr. 5—6.

Über den Einfluſs der Quecksilberbehandlung auf die WASSERMANNsche Reaktion, von LEON FEUERSTEIN. Zunächst stellt Verfasser auf Grund der Literaturangaben und der eigenen, 1725 Fälle betreffenden Statistik fest, daſs die Quecksilberkuren in der Regel das Verschwinden der positiven Reaktion zur Folge haben, obwohl die letztere manchmal auch sehr energischen Behandlungen trotzt, und zwar auch dort, wo die sichtbaren luetischen Symptome zurückgehen. Ein deutlicher Unterschied zwischen der Beeinflussung der frischen und der alten Fälle konnte vom Verfasser nicht wahrgenommen werden.

Im zweiten Teile seiner Arbeit trachtet Verfasser die Frage, worin die Beeinflussung des Reaktionsausfalles durch die Quecksilberkur besteht, auf experimentellem Wege zur Lösung zu bringen.

Konform den Angaben von KIRALYFI, EPSTEIN und PŘIBRAM und SATTA und DONATTI, fand auch Verfasser, daſs der Zusatz von Sublimat in gewissen Verdünnungsgrenzen in vitro die positive WASSERMANNsche Reaktion in eine negative umwandelt. Als diesbezügliche obere Grenze wurde vom Verfasser 0,01 %, als untere — 0,002 bis 0,001 % Sublimat festgestellt. Die obere Grenze gilt nach Verfasser auch für den Einfluſs des Sublimats auf die Hämolyse der roten Hammelblutkörperchen; die untere Grenze ist in letzterem Falle viel niedriger, sie beträgt nur 0,0003 %.

Es erscheint demnach wahrscheinlich, daſs der Einfluſs des Sublimatszusatzes zu der Reaktion in vitro, gemäſs der Annahme von BRUCK und STERN, auf rein hämolytischer Einwirkung des Sublimats beruht. Weitere Versuche Verfassers beweisen, daſs luetische Sera nach der Quecksilberkur das Quecksilber nicht in der zum Hervorrufen der Hämolyse nötigen Form und Quantität enthalten. Doch ist damit nach Verfasser keineswegs bewiesen, daſs die Quecksilberkur direkt das syphilitische Virus in dem Sinne beeinfluſst, daſs keine Reagine mehr gebildet werden, da die Quecksilberkur doch auch die übrigen Reagenzien der WASSERMANNschen Probe beeinflussen könnte; das nach der Behandlung im Serum vorhandene Quecksilber könnte eventuell die Rolle des Komplements übernehmen, die Antigenwirkung oder die Wirkung der Reagine paralysieren. Allen diesen Eventualitäten suchte Verfasser auf experimentellem Wege Rechnung zu tragen, kam aber zu keinen positiven Resultaten und hält somit die Rolle des im luetischen Serum nach der Behandlung zirkulierenden Quecksilbers in bezug auf seine Einwirkung auf die Reaktion für unaufgeklärt. Nach Besprechung der Experimente von BRAUER und der Tierversuche von EPSTEIN und PŘIBRAM und DOHI, polemisiert Verfasser mit den Autoren, welche die Beeinflussung der Reaktion durch direkte Einwirkung der Behandlung auf das Virus für bewiesen halten und demgemäſs den positiven Ausfall als ein Symptom der aktiven Syphilis betrachten, das ebenso wie andere klinische Symptome zum Schwinden gebracht werden sollte. Der hohe diagnostische Wert der WASSERMANNschen Reaktion stehe heute auſser Zweifel; bei der therapeutischen Verwertung derselben darf nicht vergessen werden, daſs uns ihr Wesen noch ganz unbekannt ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.
1910. Band II, Heft 13.

1. **Studie über die venöse Blutzirkulation in der Niere**, von E. Papin und Jungano.

2. **Gekreuzte Dystopie der Niere**, von E. Papin und Palazzoli.

Heft 14.

1. **Die Störungen der Harnentleerung bei den die Erdbebenkatastrophe in Kalabrien und Sizilien Überlebenden**, von Carmelo Bruni-Neapel. Nach der letzten grofsen Erdbebenkatastrophe in Kalabrien und Sizilien haben Br. und andere verschiedene Arten von Störungen der Harnentleerung beobachtet; es waren das:

1. Vorübergehende Störungen (Pollakiurie, Inkontinenz, Blasenschmerzen, Strangurie), die unmittelbar nach dem Erdbeben auftraten und im Verlaufe einiger Tage ohne Behandlung wieder verschwanden;

2. Enuresis nocturna bei Kindern;

3. Hämaturie bei Leuten mit vollständig intakten Harnorganen, die Blutung hielt mehrere Tage bis Wochen an und hörte ohne Behandlung wieder auf, in einem Falle konnte Br. mittels der cystokopischen Untersuchung feststellen, dafs die Hämaturie renalen Ursprungs war;

4. Harninkontinenz und akute komplette Harnretention bei Leuten, deren Harnorgane entweder gesund oder der Sitz latenter Veränderungen waren; die Störungen verschwanden zum Teil wieder, nachdem sie mehrere Tage oder selbst Wochen und Monate angedauert hatten, zum Teil persistierten sie, jeder Behandlung trotzend.

Ob der allerdings gewaltige Schrecken, den die Katastrophe erzeugte, allein als Ursache all dieser Störungen anzusehen ist, erscheint ungewifs. Frankl-Hochwart meint, dafs ein grofser Teil der Erscheinungen durch traumatische Läsionen des Rückenmarks bedingt waren, wie sie bei Erdbeben durch Herunterstürzen aus einer gewissen Höhe, durch herabfallende Gegenstände usw. leicht hervorgerufen werden.

2. **Ein neues Cysto-Urethroskop**, von Léo Buerger-New York. B. hat ein neues Cysto-Urethroskop konstruiert, das mit einer neuen Art von Prismabeleuchtung und einem neuen optischen Apparat versehen aufrechte Bilder ergibt, sich zur Untersuchung der Blase und zur Katheterisierung der Ureteren und ganz besonders zur Untersuchung des Sphinktergebietes der Blase und des hinteren Harnröhrenteiles eignet, aufserdem aber auch operative Eingriffe und Applikation von Medikamenten unter Kontrolle des Auges ermöglicht. Das Instrument besteht aus einem Katheterrohr mit abnehmbarem Schnabel, kleinem Fenster und zwei Irrigationshähnen, einem Obturator und einem optischen Apparat. Zur Beleuchtung dient ein Prisma, dessen obere Fläche wie ein Spiegel belegt ist. Der optische Apparat ist mit demselben, etwas kleineren Prisma ausgestattet, dessen eine, dem Auge zugewendete Fläche konvex geformt ist. Der optische Apparat ist speziell zur Betrachtung naheliegender Objekte eingerichtet. Die Flüssigkeitsmenge, die zur Untersuchung in der Blase eingeführt werden mufs, ist je nach den Partien, die beobachtet werden sollen, verschieden: Zur Untersuchung des Trigonums und der Ureteren injiziert man 200 bis 250 ccm, die Untersuchung des Blasenhalses und der Urethra posterior erfordert nur ca. 50 ccm Flüssigkeit, kann aber auch ganz ohne Irrigation vorgenommen werden. Bei Verwendung eines kurzen gekrümmten Schnabels ist die Untersuchung der Blasenwand auch in den Fällen möglich, in denen die Blase nur 30 bis 50 ccm Flüssigkeit fafst. Auch die Sondierung des Utrikulus ist mit dem neuen Instrument ganz leicht, in manchen Fällen gelang es B. sogar, in die Ductus ejaculatorii ein Bougie einzuführen. — Infolge der Kleinheit des Fensters ist eine Verletzung der Schleimhaut unmöglich.

Das Instrument wird von „The American Cystoskope makers", New York hergestellt.

3. **Eliminierung mehrerer Seidenfäden durch die Harnblase nach partieller abdominaler Hysterektomie. Diffuse Cystitis und Infektion beider Nieren. Entfernung einer 30 cm langen Seidenschlinge mittels direkter Cystoskopie,** von Le Fur. Kasuistische Mitteilung, deren wichtigste Einzelheiten im Titel angeführt sind.

4. **Über die methodische Anwendung der Forcipressur bei der Nephrektomie,** von S. d'Este-Pavia.

Heft 15.

1. **Therapie der chronischen blennorrhoischen Urethritiden,** von Michel Jungano. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Zwei Beobachtungen mit Röntgenuntersuchung,** von Desnos. Mitteilung über zwei Beobachtungen, bei denen die Röntgenphotographie zu falschen Diagnosen führte. Der erste Fall betraf eine Frau, bei welcher der klinischen Beobachtung und dem Befunde bei der Katheterisierung des Ureters zufolge ein Stein im linken Ureter vorhanden war; die Röntgenphotograbie liefs einen anscheinend im Verlaufe des linken Ureters gelegenen, breiten, dichten Schatten erkennen. Bei der Operation zeigte sich jedoch, dafs sich an der Stelle, an der normalerweise die linke Niere liegt, die Milz befand, während die linke Niere in die Fossa iliaca verlagert war; der Stein lag im erweiterten Nierenbecken, der Ureter war frei.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 56jährigen Arzt, bei dem seit einiger Zeit sehr häufig langdauernde Hämaturien auftraten; die klinische Diagnose schwankte zwischen Blasentumoren und Blasenstein, eine cystoskopische Untersuchung gestattete der Kranke nicht. Auf der Röntgenphotographie sah man, entsprechend der rechten Seite des Blasengrundes, einen scharfumschriebenen, gleichmäfsigen, dichten Schatten, der nur als Blasenstein gedeutet werden konnte. Die Operation aber ergab, dafs die ganze rechte Blasenhälfte von einem breit aufsitzenden, von gleichmäfsig infiltrierter Blasenwand umgebenen Tumor eingenommen war; ein Stein war nicht vorhanden. Der Tumor war ziemlich hart und fest und von regellos verlaufenden fibrösen Gewebsstreifen durchzogen, im übrigen wies er, ebenso wie die umgebende Infiltration der Blasenwand, ganz homogene Struktur auf; kalkige Inkrustationen waren nirgends vorhanden. Dafs ein solcher Tumor auf dem Röntgenbild einen ganz scharfen Schatten ergibt, der als Schatten eines Steines imponieren mufs, ist bisher nicht beobachtet worden; eine Erklärung hierfür weifs D. nicht. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

7. Jahrgang. Nr. 38.

1. **Ursprung und Umwandlungen der Blasenpapillome,** von F. Legueu und H. Verliac. Die Verfasser haben Blasenpapillome — primäre Tumoren und Rezidive — in Serienschnitten histologisch untersucht und sind dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen:

Das Blasenpapillom stellt allgemein - pathologisch die gleiche Geschwulstart dar wie die Papillome der äufseren Haut und der von dieser abstammenden Schleimhäute und wie die Adenome. Es geht gewöhnlich von einer mikroskopischen dermoepithelialen Läsion, einer circumskripten Hypertrophie des Coriums, aus, deren Ursprung wir nicht kennen; in seinen Zotten kann eine epitheliomatöse Umwandlung stattfinden, die sich auf die Blasenschleimhaut fortsetzen und auf die Gefäfse übergreifen kann. Die Ursache dieser Umwandlung ist unbekannt. Das Vorhandensein

oder Auftreten dermo-epithelialer Läsionen fern von dem Sitz eines Papilloms erklärt die Entstehung eines zweiten Papilloms nach anscheinend vollständiger Entfernung der ersten Geschwulst. Wenn die dermo-epitheliale Läsion, aus der sich das Papillom entwickelt hat, nicht ganz in der Geschwulst aufgegangen ist, kann aus dem Reste ein von vornherein maligner Tumor entstehen; es kann sich demzufolge dicht neben der Stelle, an der ein durchaus gutartiges Blasenpapillom entfernt worden ist, ein typisches Carcinom bilden. Damit die epitheliomatöse Umwandlung und das Auftreten von Rezidiven vermieden wird, müssen Blasenpapillome frühzeitig samt ihrer Basis und der umgebenden Schleimhautpartie abgetragen werden; das ist aber nur mittels der Sectio alta möglich.

2. **Über die Behandlung der Nierentuberkulose**, von Le Fur.

3. **Über eine Abart des latenten Blasencarcinoms in Form einer Cystitis pseudomembranacea**, von J. Murard-Lyon. Bei einem 69jährigen Manne mit blennorrhoischer Harnröhrenstriktur, bei dem eine seit Jahren bestehende chronische Cystitis schon wiederholt kräftige akute Krankheitserscheinungen hervorgerufen hatte, waren nach einer längeren Periode absoluten Wohlbefindens sehr stürmische Symptome, heftige Schmerzen in der Blase, starke Dysurie und Pollakiurie aufgetreten; mit dem außerordentlich fötid riechenden, stark eiterhaltigen Harn entleerten sich mehrfach pseudomembranöse Fetzen. Nach Eröffnung der Blase zeigte sich, daſs die ganze Schleimhaut von pseudomembranösen, gangränösen, fötid riechenden Massen bedeckt war; Wucherungen, papillomatöse Bildungen fanden sich nirgends. Der Kranke starb nach einigen Tagen; die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs die ganze Blasenwand carcinomatös erkrankt war.

4. **Über die Entfernung gewisser Blasentumoren auf natürlichem Wege**, von G. Marion-Paris. Beschreibung und Abbildung einer nach Art der Fremdkörperpinzette des Nitzeschen Operationscystoskops konstruierten Kauterisierungspinzette zur Entfernung kleiner Blasentumoren auf natürlichem Wege. Die Endstücke der Pinzette tragen an ihrer Innenfläche galvanokaustische Brenner, der optische Apparat befindet sich in einer Röhre unterhalb der Pinzette. Das Instrument wird wie ein gewöhnliches Cystoskop eingeführt und, wenn der optische Apparat an der richtigen Stelle liegt, geöffnet; dann wird die Geschwulst gepackt und der Strom eingeschaltet. Zuweilen ist mehrmaliges Zufassen nötig, um die ganze Geschwulst zu entfernen; ist das geschehen, dann wird das Instrument zurückgezogen und ein Nitzescher Galvanokauter eingeführt und die Geschwulstbasis zerstört.

Der Gebrauch des Instruments, das von Löwenstein hergestellt wird, eignet sich für gestielte und für breit aufsitzende Blasentumoren, sofern sie noch so klein sind, daſs sie mit dem Cystoskop ganz überblickt werden können. Solche Geschwülste lassen sich mit der Kauterisierungspinzette auf natürlichem Wege ebenso vollständig und gründlich entfernen wie mittels Sectio alta, dabei hat aber das Verfahren den groſsen Vorzug, daſs es viel weniger eingreifend ist, daſs die Patienten höchstens 48 Stunden liegen müssen und daſs die Blasenschleimhaut viel weniger stark lädiert wird. Bei gröſseren Tumoren und bei infiltrierten Geschwülsten ist das Instrument nicht anwendbar.

5. **Über die postblennorrhoischen neuropathischen Zustände.** Aus: „La blennorrhagie uréthrale chez l'homme. Prophylaxie et traitement.“ Von M. Carle-Lyon. (Paris, Doin.) C. beschreibt in sehr anschaulicher und anregender Weise Natur und Ursachen, Symptome und Behandlung der neuropathischen Zustände, die sehr oft veraltete chronische Blennorrhoen begleiten, sehr oft aber auch nach Ausheilung einer Blennorrhoe vorkommen, wenn irgendeine ganz harmlose Erscheinung, z. B. die Ausscheidung einzelner, bedeutungsloser Fäden im Urin, eine leichte Kon-

gestion der Prostata oder dergleichen, persistiert. Vorbedingung für die Entstehung solcher Neurasthenien ist eine nervöse Veranlagung; postblennorrhoische Veränderungen der Prostata, die von manchen Autoren für das Auftreten der neuropathischen Zustände verantwortlich gemacht werden, stellen nur Gelegenheitsursachen dar.

Götz-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Das neueste Ehrlich-Hata-Präparat gegen Syphilis, von K. Alt-Uchtspringe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) Seit längerer Zeit ist Ehrlich im Verein mit Hata bestrebt gewesen, ein Präparat zu konstruieren, welches eine derartige Umwandlung im menschlichen Organismus hervorrufen könne, dafs mit einer einzigen Darreichung die Existenzmöglichkeit des pathogenen Mikroorganismus (Spirochaeta pallida, Rekurrenzspirillen) vernichtet wird. Als einem in dieser Beziehung günstige Resultate versprechenden Körper hat er unter anderen das Arsenphenylglycin zur weiteren Prüfung empfohlen, und Alt hat eine Serie von 121 Patienten mit physischen Störungen und syphilitischer Anamnese damit behandelt. Die einmalige Injektion hatte bei mehreren Paralytikern zum mindesten keine wesentlichen nachteiligen Wirkungen, vielmehr verschiedentlich ermutigende Besserungen im Gefolge. Das neuste Präparat Ehrlichs, ein Dioxydiamidoarsenobenzol, das vorläufig nur die Bezeichnung Nr. 606 führt, hat sich in A.s Händen bei 23 Patienten, meist Paralytikern, eher noch wirksamer erwiesen. Besonders aber erregen die Erscheinungen, welche Schreiber-Magdeburg seit Ende Januar dieses Jahres in bezug auf die Wirkung einer einmaligen Injektion des Mittels bei florider Syphilis gesammelt hat, geradezu Verwunderung. Man hat dabei den Eindruck, dafs tatsächlich damit das Problem der Therapia magna sterilisans, wie sie von Ehrlich als Ideal gefordert wird, gelöst ist. Das zurzeit vorliegende Material umfafst allerdings nur 27 Fälle, doch werden die Resultate als so verblüffend günstig geschildert, dafs an der Wirksamkeit kaum ein Zweifel zulässig erscheint. Aufser einer gewissen Schmerzhaftigkeit, welche auch durch anästhesierende Beigaben (Eusemin) nicht ganz beseitigt wird, und geringer, kurz dauernder Temperatursteigerung sind nachteilige Folgen bisher nicht konstatiert worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das neue Ehrlichsche Mittel, von A. Neisser-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 26.) Nach N.s Überzeugung ist zurzeit ein abschliefsendes Urteil über den Wert des neuen Ehrlichschen Mittels noch nicht möglich; er rät auch den Ärzten, auf die Anwendung des Präparates in der Praxis vorerst noch zu verzichten, bis alle Unklarheiten bezüglich der Dosierung, der Zahl und Wiederholung der Injektionen usw. beseitigt sind. Mit Bestimmtheit aber kann man heute schon sagen, dafs „606“ eine eminente, geradezu überraschende spezifische Wirkung auf die Spirochäten wie auf die Syphilisprodukte ausübt. Die Spirochäten verschwinden oft schon nach 24—48 Stunden aus Primäraffekten und Kondylomen, die syphilitischen Erscheinungen, speziell ulceröse Prozesse, besonders der malignen Syphilis, gehen nach einer Injektion meist rapid zurück. Eine wirkliche Austilgung der Syphilis scheint

allerdings selten zu sein: nur in 10% der Fälle N.s wurde die positive WASSERMANNsche Reaktion nach der Einspritzung negativ, und auch Rezidive kommen vor; vielleicht aber sind diese Mifserfolge nur darauf zurückzuführen, dafs die verwendeten Dosen — N. ging bisher nicht über 0,4 hinaus — zu klein waren. N. gibt der intravenösen Injektion den Vorzug; diese ruft bisweilen ganz akute, nur wenige Stunden anhaltende, von Erbrechen begleitete Temperatursteigerung hervor, irgendwelche bedenklichen Nebenwirkungen aber sind bisher weder nach intravenöser noch nach intramuskulärer Injektion beobachtet worden. Die Patienten, bei denen die vorher positive WASSERMANNsche Reaktion nach der Einspritzung negativ wurde, sind alle sehr bald nach dem Auftreten des Primäraffektes in Behandlung gekommen; 606 scheint daher gleich anderen Arsenpräparaten eine ganz besonders präventive Kraft zu besitzen. Bei einem Kranken mit Primäraffekt wurde allerdings die negative Reaktion nach der Injektion positiv; vielleicht war auch in diesem Falle die Dosis zu klein.

Götz-München.

Über die Behandlung der Syphilis mit dem neuen EHRLICH-HATAschen Arsenpräparat (Nr. 606), von SCHREIBER-Magdeburg und HOPPE-Uchtspringe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Dieser in der medizinischen Gesellschaft zu Göttingen (am 2. Juni 1910) gehaltene Vortrag bestätigt gerade durch seine kühl abwägende Objektivität den schon durch die allerersten Publikationen hervorgerufenen Eindruck, dafs mit der Herstellung des Dioxy-diamido-Arsenobenzols von EHRLICH der erste, aber auch ein endgültig entscheidender Schritt getan ist zur Erreichung der Forderung der Therapia sterilisans magna in bezug auf die Syphilis und vielleicht auch mehrerer anderer Krankheiten. Aus den hier mitgeteilten Beobachtungen an 150 Fällen von frischer Syphilis ist zu entnehmen, dafs es jedenfalls möglich ist, dem menschlichen Organismus ein wirksames Gegengift für das Luesvirus beizubringen. Als zweckmäfsigste Verordnung wird nun nach EHRLICH folgendermafsen verfahren: Unter gutem Verreiben mit einem Glasstab werden 0,6 Substanz mit 3 ccm Glykol gelöst; einige Tropfen Wasser können zur leichteren Lösung zugesetzt werden. Nun gibt man 12 ccm Wasser hinzu, schüttelt um und versetzt auf einmal mit 10,3 ccm n/5 NaOH. Beim Umschütteln entsteht eine klare Lösung, welche man mit Wasser auf 60 ccm ergänzt. Zur intravenösen Injektion verwendet man verdünnte Lösungen: Lösung A: 0,6 Substanz, 0,3—0,5 Methylalkohol oder 3,0 ccm Glykol. Lösung B: 240 ccm oder mehr physiologischer NaCl-Lösung mit 10,3 ccm n/5 NaOH. Unter gutem Umrühren wird Lösung A in B eingegossen. Intravenöse Injektionen waren bisher in 30 Fällen gegeben worden. Wegen der gröfseren Genauigkeit der Dosierung und der Schmerzlosigkeit wird diese Art der Behandlung wohl eine gröfsere Anwendung finden. Fiebererscheinungen traten allerdings nicht ganz selten ein, nahmen aber niemals einen beängstigenden Charakter an und scheinen dem Berichte nach der eigentlich nur intramuskulären Injektion zur Last gelegt werden zu müssen. Auf alle Fälle sollen die Patienten nach der Injektion 4 Tage lang das Bett hüten. Da bei manchen Individuen mit einer Arsenidiosynkrasie zu rechnen ist, wird geraten, jedenfalls vor der Anwendung von gröfseren Dosen die Cutireaktion mit einer Arsenlösung in Erwägung zu ziehen. Aus dem gelegentlichen Auftreten der HERXHEIMERschen Reaktion entnahmen Verfasser, dafs die Dosis von 0,3—0,5 gelegentlich ungenügend sei. Die Feststellung der genauen Dosis wird Sache der ferneren Beobachtung sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die neueste Behandlung der Syphilis und ihre Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege, von KONRAD ALT-Uchtspringe. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 14.) Der Verfasser betont die Tatsache, dafs es nach übereinstimmender Erfahrung aller Beobachter feststeht, dafs in dem EHRLICHschen Präparat 606 ein

Mittel von wunderbarer Heilwirkung geschaffen ist. Für den Psychiater liegt der Schwerpunkt der Bedeutung der neuen Heilweise der Syphilis in der wesentlich erhöhten Möglichkeit einer vorbeugenden Bekämpfung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems und der darauf beruhenden Psychosen.

Schourp-Danzig.

Das Ehrlichsche Präparat Nr. 606, von E. v. Grósz und P. Ehrlich. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29. (Korrespondenz.) v. G. bemerkt, daſs nach seinen Beobachtungen der Methylalkohol ein sehr gefährliches Gift ist, welches schon in kleinen Dosen Blindheit und sogar den Tod verursachen kann. E. entgegnet, daſs die bei den Injektionen verwendete Menge von 0,3—0,6 ccm Methylalkohol, welche ja nur zum Anfeuchten dienen soll, wohl kaum toxisch wirken kann; im übrigen könne auch Äthylalkohol zum Lösen genommen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vorläufige Mitteilung über die Wirksamkeit von Ehrlichs Präparat 606 auf die Spirochaeta pertenuis bei Tieren, von Henry J. Nichols-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 3.) Bei mit Spirochäten geimpften Kaninchen und Affen waren nach der Injektion mit dem Präparat 606 Spirochäten nicht mehr nachweisbar. *Schourp-Danzig.*

Das Verhalten des Ehrlich-Hataschen Präparates im menschlichen Körper, von Ph. Fischer und J. Hoppe-Uchtspringe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Die vorliegenden Untersuchungen beziehen sich auf die Ausscheidung des Arsens durch die Nieren nach der Injektion, auf die Ausscheidung des Arsens im Stuhle und auf den Verbleib des Präparates im Organismus. Es wurden Versuche zunächst an Paralytikern angestellt und intramuskuläre Injektionen von 0,1 bis 0,3 gegeben. Die Ausscheidung des Arsens im Urin setzte sofort ein, und es wurden etwa $^1/_{10}$ bis $^1/_4$ der einverleibten Menge darin wieder gefunden. Bei Epileptikern mit gesunden Nieren ging die Ausscheidung erheblich schneller vonstatten. Desgleichen war nach der intravenösen Einverleibung die Ausscheidung eine schnellere, während nach der intramuskulären Darreichung die Ausscheidung gewöhnlich 12 bis 14 Tage dauerte. Im Kot fand sich auch, je nach der Art der Darreichung, drei bis sechs, resp. (nach intramuskulärer Applikation) noch zehn Tage nach der Verabreichung Arsen. In den Körperorganen fand sich 14 Tage nach der Injektion (bei einer Autopsie, die durch andere Ursache bedingt war) kein Arsen, wohl aber an der Einstichstelle in den Glutäen. Im Blute fand sich Arsen nicht länger als im Urin und in den Faeces.

Phlippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen mit Ehrlichs Dioxy-diamido-Arsenobenzol (606), von H. Loeb-Mannheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 30.) Diese Erfahrungen L.s erstrecken sich allerdings nur auf 35 Fälle und einen Zeitraum von wenigen Monaten; immerhin gestatten auch sie den Schluſs, daſs das Ehrlichsche Präparat ein Mittel ist, welches ohne Schaden für den Gesamtorganismus spezifisch und mit gröſster Geschwindigkeit und Intensität auf die Syphilis einwirkt. Injiziert wurde teils nach der ersten Ehrlichschen Vorschrift, welche aber sehr erhebliche Schmerzen zu machen schien. Weit besser vertragen wurde die folgende, inzwischen ausgearbeitete Modifikation: 0,4—0,5 des Präparates werden mit $^1/_2$—1 ccm Methylalkohol angerührt, in Wasser gelöst, mit ca. 5—8 ccm $^1/_{10}$ Na OH bis zur Sättigung gemischt und auf 25—30 ccm aufgefüllt; die so entstehende völlig, klare, hellgelbe Lösung wird in die Glutäen je zur Hälfte eingespritzt. Leichte Fiebersteigerungen in den ersten Tagen traten meistens ein, aber Abscefsbildungen oder sonstige ernstere Komplikationen wurden nicht beobachtet. Die Herxheimersche Reaktion war öfters stark ausgeprägt; sie deutet auf die Verwendung zu kleiner Dosen. Die von L. gegebenen Dosen rangierten zwischen

0,005 und 0,008 per Kilogramm Körpergewicht. Als Nebenwirkung konstatierte Verfasser Beseitigung anderer, der Arsentherapie zugängiger Affektionen bei je einem Fall von Lichen planus und von Verrucae planae. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Technik der Injektion des Dioxy-diamido-Arsenobenzols, von Wechselmann- und Carl Lange-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 30.) Den Verfassern ist es gelungen, die Technik der Injektion von Dioxy-diamido-Arsenobenzol so auszugestalten, dafs fast gar keine Schmerzen und Reaktionen auftreten. Das Verfahren ist folgendes: 606 wird unter Verreiben im Mörser in 1—2 ccm käuflicher Natronlauge gelöst; bei tropfenweisem Zusatz von Eisessig fällt ein feiner, gelblicher Schlamm aus, der mit 1—2 ccm Aqua destillata steril aufgeschwemmt und nun durch Zusatz von 1/10 Normalnatronlauge oder 1% Essigsäure, je nach der Reaktion, genauestens mit Lackmuspapieren neutralisiert wird. Von der Genauigkeit hängt die Schmerzlosigkeit ab. Die Aufschwemmung wird subcutan unterhalb des Schulterblattes an vorher desinfizierter und mit Jodtinktur bestrichener Stelle langsam injiziert. Manchmal tritt ein geringer, einige Minuten anhaltender Injektionsschmerz, gelegentlich auch am zweiten oder dritten Tage eine leichte Anschwellung ein; irgendwie nennenswerte Beschwerden oder Temperatursteigerungen wurden dagegen bei 60—70 Fällen nicht beobachtet. Die frappante Wirkung des Mittels bleibt bei dieser Technik vollkommen unverändert. Zeigt sich einmal Arsenizismus, so kann das gesetzte Depot leicht ausgeräumt werden. *Götz-München.*

Erfahrungen und Erwägungen mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Mittel bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen, von G. Treupel-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 30.) Tr. betont gleich andern Autoren, dafs ein abschliefsendes Urteil über den Wert des neuen Ehrlichschen Mittels zurzeit noch nicht möglich ist. Er injiziert jetzt 0,4—0,5 Substanz, und zwar zumeist intramuskulär in die Glutäen, seltener intravenös. Üble Nebenwirkungen hat er nie beobachtet; die in einem Falle bestehende Lungentuberkulose wurde sicher nicht ungünstig beeinflufst. Den Tierversuchen Hatas zufolge wird das Arsen nach intravenöser Injektion in zwei bis drei Tagen ausgeschieden, während nach den von Levi in der Klinik Tr.s vorgenommenen Untersuchungen die Ausscheidung bei intramuskulärer Injektion 12—13 Tage dauert; Tr. gibt deshalb den intramuskulären Einspritzungen den Vorzug, da die durch die langsame Ausscheidung bedingte längere Einwirkung des Präparates besonders bei den spätsyphilitischen Erkrankungen und bei den häufig rezidivierenden Syphilisformen von Bedeutung ist. Von der spezifischen, ungemein rasch eintretenden Wirkung des Mittels auf die verschiedenartigen syphilitischen Manifestationen hat sich Tr. gleich den andern Autoren überzeugt; ob es sich aber um Dauererfolge, um definitive Beseitigung der Infektion handelt, läfst sich jetzt noch nicht sagen. Die wichtigste Frage ist nach Anschauung Tr.s die, ob 606 die der Quecksilberbehandlung trotzenden schweren und immer wieder rezidivierenden Syphilisfälle und die metasyphilitischen Erkrankungen, die noch keine irreparablen Veränderungen gemacht haben, dauernd zu heilen vermag; zur Beantwortung dieser bedarf es noch jahrelanger Prüfung und Beobachtung. *Götz-München.*

Über unerwünschte Nebenerscheinungen nach Anwendung von Dioxy-diamino-Arsenobenzol (606) Ehrlich-Hata, von Karl Bohač und Paul Sobotka-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 30.) In drei Fällen kam es aufser der Temperatursteigerung und den örtlichen Schmerzen zu schweren Harnverhaltungen, die in dem einen Falle bei Abschlufs der Arbeit, d. h. sicher mehr als neun Tage, anhielt; ferner fehlten in diesen drei Fällen Patellarreflexe und eine ganze Reihe der gewöhnlich geprüften Reflexe, und es bestand ein ausgesprochener Tenesmus des Mastdarms und eine lang anhaltende vollkommene Obstipation. Die Dosis der Ein-

spritzung betrug in diesen Fällen 0,3, 0,5 und 0,65. Wenn auch die Verfasser in Übereinstimmung mit anderen Beobachtungen bei ihren übrigen Fällen die prompte Wirkung von „606“ bestätigten konnten, so glauben sie doch nach diesen Erfahrungen, sich nicht recht entschliefsen zu können, weiterhin Fälle mit „606“ zu behandeln, bei denen erfahrungsgemäfs auch die bisher in Übung stehenden Methoden zum Ziele führen. *W. Lehmann-Stettin.*

Über Blasenstörungen nach Anwendung des Präparates 606, Erwiderung auf den Artikel von Karl Bohač und Paul Sobotka in Nr. 30 *dieser Wochenschrift,* von Ehrlich - Frankfurt a. M. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 31.) Genau das gleiche Präparat von dem B. und S. Schädigungen sahen, ist an fünf anderen Stellen ohne irgendwelche Nebenerscheinungen gebraucht worden; auch sonst ist bisher nirgends, nach den eingezogenen Erkundigungen Ehrlichs, eine ähnliche Beobachtung gemacht worden. E. möchte sich der Meinung von Sellei anschliefsen, dafs es sich bei den Mifserfolgen an Kreibichs Klinik um die Symptome einer Methylalkoholvergiftung, bzw. um die schädigende Wirkung eines vielleicht nicht ganz reinen Methylalkohols (in welchem das Präparat aufgelöst wurde) gehandelt hat.

W. Lehmann-Stettin.

Über unerwünschte Nebenerscheinungen nach Anwendung von Dioxydiamino-Arsenobenzol (606) Ehrlich-Hata, von Karl Bohač und Paul Sobotka-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 31.) Ein Nachtrag zu der Mitteilung in Nr. 30. Die geschilderten Schädigungen sind gröfstenteils mittlerweile zurückgegangen, wenn auch die Auslösung der Reflexe noch nicht vollkommen möglich ist. Die Verfasser wenden sich gegen die Vermutungen Ehrlichs von einer Methylalkoholvergiftung; da Methylalkohol erfahrungsgemäfs überhaupt keine Erscheinungen von der beobachteten Art hervorbringt. — Im Anhang werden vier weitere Fälle mitgeteilt, wo bald nach Injektionen von 0,3 Rezidive auftraten. *W. Lehmann-Stettin.*

Kurzer Bericht über 109 mit „606“ behandelte Luesfälle, von A. Glück-Sarajevo. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 31.) Auch diese Mitteilung bestätigt die prompte und meistenteils vollständige therapeutische Wirkung des Präparates. Das Krankenmaterial umfafste 71 Männer und 28 Frauen im Alter von 12 bis 70 Jahren; als Nachtrag werden weitere elf Fälle kurz angeführt. Dabei hebt Verfasser besonders hervor, dafs im allgemeinen der Ernährungszustand der Patienten bei der Aufnahme sehr viel zu wünschen übrig liefs, sich aber im Laufe der Beobachtungszeit wesentlich besserte. Die zu verabreichende Dosis soll nicht zu klein bemessen sein; in der Regel scheint eine Gabe von 0,4 bis 0,5 am zweckmäfsigsten zu sein. Gelegentlich wurde 0,6 gegeben. Zur Lösung des Salzes wurde Methylalkohol verwendet; die Injektionen wurden möglichst tief in die Glutäalmuskulatur appliziert. Ein Versuch, die Injektionen subcutan am Bauche zu verabreichen, wurde bei vier Fällen gemacht, ergab aber durchaus keinen Vorteil. Bei drei Fällen bestand eine Komplikation mit Psoriasis vulgaris; dieselbe verschwand ohne lokale Behandlung im Laufe von 15 bis 21 Tagen nach der Injektion vollständig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Meine bisherigen Erfahrungen mit „Ehrlich 606“, von Maximilian v. Zeissl-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 32.) Bericht von 26 Fällen, die von v. Z. mit dem Präparat behandelt wurden. Das Mittel zeigt sich gegen Papeln langsamer wirkend als bei Roseola, heilt aber sehr rasch Schleimhautpapeln, Hautgummen und Iritiden. *Schourp-Danzig.*

Zweite Mitteilung über die mit der „Therapia sterilisans magna“ (Ehrlich-Hata-Präparat) behandelten syphilitischen Fälle, von Alexius Spatz-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 32.) 26 kurze Krankheitsberichte, aus denen hervorgeht, dafs die verbesserte Lösungs- und Injektionstechnik die lokalen und die allgemeinen

Reaktionen des Verfahrens milder gestaltet. Bösartige — besonders gegen jede Quecksilberbehandlung refraktäre — Syphilide reagieren mit erstaunlicher Geschwindigkeit auf die Injektion. Bei primären Sklerosen wäre — mit Rücksicht auf die Virulenz der Spirochäten — die Injektion erhöhter Dosen von etwa 0,5 bis 0,6 g notwendig, wogegen bei zerfallenden Gummata auch solche von 0,4 g entsprechen dürften.

Schourp-Danzig.

Beobachtungen an 503 mit Dioxy-diamido-Arsenobenzol behandelten Krankheitsfällen, von Wechselmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 32.) W. hat bis jetzt 503 Syphilisfälle mit dem neuen Ehrlichschen Mittel behandelt; die Erfolge waren fast durchweg ganz ausgezeichnet. Die meisten Patienten nahmen, zum Teil sehr beträchtlich, an Körpergewicht zu und fühlten sich, infolge der exzitierenden Arsenwirkung, oft schon am ersten oder zweiten Tage nach der Einspritzung ganz auffallend gekräftigt; manchmal trat in einem ganz bestimmten Moment die Empfindung auf, von der Krankheit befreit zu sein, die oft schon lange bestehenden Halsbeschwerden verschwanden ebenso wie die häufig sehr starken Knochenschmerzen mit einem Schlage in der ersten oder zweiten Nacht nach der Injektion. Die Wirkung der Einspritzungen auf die gewöhnlichen syphilitischen Manifestationen war fast immer so prompt und gründlich, wie das früher von W. bereits geschildert wurde; in einzelnen Fällen verschwand sogar Leukoderma colli innerhalb weniger Tage. Am schwersten beeinflufsbar waren die derben Hautpapeln, bei denen zuweilen eine zweite Injektion gemacht werden mufste. Dagegen waren bei den malignen oder vorzeitig ulcerösen Formen, wie auch bei visceraler und cerebraler Lues die Resultate durchaus glänzend. — Ob nicht einzelne Spirochätenstämme gegen 606 fest sind, läfst sich noch nicht sagen; durch die erste Injektion wird jedenfalls eine derartige Festigkeit nicht erzeugt. Ebensowenig tritt eine Überempfindlichkeit ein. Ausgedehnte Rezidive hat W. nach Behandlung mit 606 noch nicht gesehen. Wenn in einzelnen Fällen von manifester Syphilis mit negativer Wassermannscher Reaktion wenige Tage nach der Einspritzung positiver Ausfall der Reaktion festgestellt wurde, so erklärt das W. damit, dafs infolge der Einspritzung Spirochäten zerfallen und nun die für die Wassermannsche Reaktion charakteristischen Stoffe ins Blut gelangen; damit wäre ein neuer Modus, Verschleierung der Reaktion aufzudecken, gegeben.

Auch bei Tabikern schienen sich einzelne Symptome, z. B. das Gürtelgefühl, Kopfschmerzen, Interkostalneuralgien, Schwäche der Schluckmuskulatur, Herabsetzung der Potenz, Schwäche des Blasensphinkters, nach der Injektion zu bessern. Ob es sich dabei wie auch bei den im Anfangsstadium der progressiven Paralyse beobachteten Besserungen um wirkliche, objektive und dauernde Erfolge oder nur um suggestive Wirkung der Behandlung und die stark exzitierende und roborierende Wirkung des Arsens handelt, kann W. noch nicht entscheiden. Jedenfalls aber erscheint auch bei den parasyphilitischen Affektionen ein Versuch mit 606 in gewissen Grenzen gerechtfertigt, da ja bei der Paralyse und besonders bei der Tabes neben den irreparablen Veränderungen oft auch noch syphilitische Läsionen, Gummen, meningitische Wucherungen vorhanden sind und unter den atypischen Formen von Tabes manche Fälle von Pseudotabes sich befinden.

Wesentliche Schädigungen hat W. bisher nicht beobachtet, im besonderen keine Schädigung der Sehnerven, auch wenn diese vor der Behandlung schon nicht mehr intakt waren. Von Nebenwirkungen sah W. in einzelnen Fällen nach intraglutäaler Injektion Peroneusparese, dann Verstopfung, die nicht mit Abführmitteln, sondern mit Einläufen bekämpft wurde, Brechneigung und einmal auch Erbrechen; in dem Erbrochenen liefsen sich Spuren von Arsen nachweisen. Bei einigen Patienten, bei denen zur Zeit der Injektion eine akute bakterielle Infektion — Angina, akute Otitis

media — bestand, war die Reaktion aufserordentlich stürmisch. Fünf am Ende der Schwangerschaft stehende Frauen ertrugen Einspritzungen von 0,45 ohne Schädigung der Früchte. *Götz-München.*

Bericht über die bisherigen Resultate der Behandlung der Syphilis mit dem Präparate von Ehrlich-Hata (120 Fälle), von Walther Pick-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 33.) P. bestätigt die von anderer Seite gemeldete Raschheit und Promptheit der Wirkung, die sich auch bei hochgradigen Gewebsschädigungen geltend macht. Die bisher verwendeten kleinen Dosen (bis 0,6) konnten in einzelnen Fällen Rezidive nicht vermeiden, doch glaubt Verfasser, dafs dies durchaus nicht gegen die Heilwirkung des Präparates spricht und sich bei entsprechender Dosierung wird vermeiden lassen. Negativ waren die Resultate bei 27 Fällen von Nervenlues. Die Wassermannsche Reaktion wurde oft schon nach zwölf Tagen negativ und ist nicht wieder positiv geworden; ebenso sind die Fälle von Primäraffekten, welche präventiv behandelt worden waren und bei denen die Wassermannsche Reaktion vorher negativ war, negativ geblieben — hierbei ist zu betonen, dafs bei Abfassung der Publikation die längste Beobachtung erst zwölf Wochen betrug! Schädigungen wurden bei den Injektionen nicht beobachtet, nur war die Schmerzhaftigkeit oft grofs und Fieber häufig; eine sehr oft zu beobachtende Erscheinung war eine, die ersten vier bis sechs Tage anhaltende Herabsetzung der Harnquantität, welche in einigen Fällen bis auf 400 bis 500 ccm pro Tag herunter ging. *W. Lehmann-Stettin.*

Erfolgreiche Behandlung eines syphilitischen Säuglings durch Behandlung seiner stillenden Mutter mit „606", von K. Taege-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 33.) Eine 19jährige Person mit deutlichen Zeichen einer noch ziemlich frischen Syphilis (Kondylome an den Geschlechtsteilen mit zahlreichen Spirochäten, Leukoderma am Halse) gebar am 4. Juli 1910 in der Klinik ein ausgetragenes, aber schlecht entwickeltes Kind von 2400 g. Nach etwa acht Tagen traten Pemphigus und Paronychia syphilitica an demselben hervor. Am 14. Juli erhielt die Mutter eine intramuskuläre Injektion (0,3) von „606" in beide Gesäfshälften, welche die übliche günstige Wirkung erzielte. Beim Kinde, das sie stillte, trat am vierten Tage nach der Injektion ein schneller Rückgang der pathologischen Erscheinungen ein, und bei der Entlassung am 29. Juli wurde ein völliges Fehlen aller luetischen Erscheinungen und ein Körpergewicht von 3900 g konstatiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung der Syphilis mit dem Präparate „606" Ehrlichs, von J. Iversen-St. Petersburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 33.) Während der letzten Monate hat I. das Mittel an 60 Syphiliskranken erprobt. Das Resultat war, wie man jetzt schon gar nicht anders erwartet, durchaus günstig. Die Technik beschreibt Verfasser folgendermafsen: Nach Anfeuchtung mit Glykol oder mit Methylalkohol wird das Pulver verrieben, mit 15 ccm Wasser vermischt und nach erfolgter Lösung durch Zusatz von einigen ccm Normalnatronlösung in die Form des Natronsalzes übergeführt. Der Überschufs an Lauge wird mit 1%. Essigsäure neutralisiert. Diese nunmehr klare Lösung wird mit Aqua destillata bis zu 1% Stärke verdünnt und nach vorheriger Einspritzung von Novokain injiziert. Zur intravenösen Verabreichung wird die obige Lösung des Präparates zu 250,0 oder mehr steriler Kochsalzlösung zugegossen und direkt in die Kubitalvene injiziert. Hierzu bedient man sich einer sterilen graduierten Flasche, welche einerseits mit einem Gummiballon, andererseits mit der Hohlnadel armiert ist. Die Dosis soll nicht weniger als 0,6 sein. Sehr zweckmäfsig ist es, zunächst 0,4 bis 0,5 intravenös zu geben und nach 48 Stunden 0,3 bis 0,4 intramuskulär in die Glutäen zu injizieren. I. hat auch die zweite Gabe subcutan unter die Schulterblätter injiziert und konnte so bei einigen Patienten (Trambahnführer, Bureaubeamte) jegliche Dienstunterbrechung vermeiden. Allerdings ist die

Schmerzhaftigkeit dabei noch gesteigert. Die WECHSELMANNsche Methode scheint wesentlich weniger schmerzhaft zu sein. In zehn Fällen hat Verfasser vor und nach der Behandlung den Drüsensaft aus hyperplasierten Leistendrüsen durch Punktion entnommen und auf Spirochäten untersucht. Stets ist vor der Behandlung das Resultat positiv, nachher negativ ausgefallen. Nach WASSERMANN wurde bei allen Fällen auch geprüft. Der Eintritt der negativen Reaktion war gelegentlich schon am achten oder zehnten Tage zu konstatieren, in der Regel war dies zwischen dem 20. bis 40. Tage nach der Injektion der Fall. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Technik der Behandlung mit dem EHRLICH-HATAschen Syphilismittel, von K. ALT-Uchtspringe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Verfasser, der ja die allerersten therapeutischen Versuche mit „606" ausgeführt hat, hält es nicht für ratsam, über die Dosis von höchstens 0,5, selbst für besonders kräftige Patienten, hinauszugehen. Namentlich bei frischer Syphilis geben gröſsere Mengen leicht zu unliebsamen Erscheinungen Anlaſs. Als beste Methode der Zubereitung ist folgende zu empfehlen: In einen etwa 100 ccm fassenden, mit eingeschliffenem Glasstöpsel versehenen Glaszylinder bringt man etwa 30 Glasperlen (wie sie zum Füllen der Federständer verwendet werden), fügt 10 ccm destilliertes Wasser und dann die Substanz zu; nach Klärung durch energisches Schütteln setzt man für je 0,1 g Substanz 0,5 Na OH-Lösung zu und schüttelt wiederum etwa eine halbe Minute. Die dann weinklare, schwach alkalische Lösung wird mit Wasser auf die gewünschte Menge aufgefüllt. In ähnlicher Weise kann man auch eine ganz gleichmäſsige neutrale Aufschwemmung herstellen, wobei man die Menge Natronlauge auf 0,3 pro 0,1 g Substanz reduziert. Die intravenöse Injektion zieht A. wegen der gröſseren Genauigkeit der Dosierung vor; allerdings scheint sie nicht so nachhaltig zu sein wie die intramuskuläre.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen mit dem EHRLICHschen Mittel „606", von C. FRAENKEL und C. GROUVEN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Im Laufe von zehn Wochen haben Verfasser Beobachtungen an etwas über 100 Patienten mit dieser Behandlung ausgeführt. Ihr Gesamturteil geht dahin, daſs man es ohne Zweifel hier mit einem Präparat von ganz eigenartiger und bisher noch unbekannter Wirksamkeit zu tun hat; andererseits fordern sie dringend, daſs jeder, der sich damit befaſst und über seine Resultate öffentlich berichtet, sich vor jeglicher Übereilung und vor Schönfärberei streng hüten soll. Miſserfolge haben Verfasser neben überraschend günstigen Resultaten auch gehabt, wie sie mit klaren Worten darlegen. Man soll nur ja nicht denken, daſs die Methode eine weitere sorgsame Prüfung schon entbehren könne. Bei der Injektion von 0,4 in die Kubitalvene (allerdings in einer Lösungsmenge von nur 10 ccm) erfolgte bei einem 25jährigen Manne, der seit Jahren an schweren Sprachstörungen, Worttaubheit usw. auf syphilitischer Basis litt, sogar eine akute Arsenikvergiftung, welche in 3½ Stunden zum Tode führte. Andererseits bestätigen auch Verfasser, daſs für gewöhnlich die intramuskuläre Injektion, abgesehen von der zuweilen erheblichen, zuweilen auch sehr geringfügigen Schmerzhaftigkeit, keine beunruhigenden Wirkungen hervorruft. Zur Technik mag erwähnt werden, daſs sie so verfuhren, daſs das Quantum Pulver mit 1 ccm chemisch reinem Methylalkohol vermischt wird, worauf keimfreies, destilliertes Wasser hinzugefügt wird, alsdann 1 bis 1½ ccm sterile 1/10 Normalnatronlauge hinzukommt und mit destilliertem Wasser auf 8—10 ccm aufgefüllt wird. Die Dosis von 0,3—0,4 finden Verfasser für die meisten Fälle zu klein, um einen endgültigen Effekt zu erzielen. Sie haben aber (in bewuſster Abweichung von der EHRLICHschen Vorschrift) meistens vorgezogen, die notwendiger erscheinende Gesamtmenge von 1,0 oder mehr in verschiedenen Portionen zu verabreichen. Auch einige sonst ebenfalls als Gegenstand der Arsenbehandlung geltende

Affektionen, wie Pemphigus, Lichen planus und vielleicht auch Psoriasis, können mit Erfolg behandelt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis und phagedänisches Carcinom des Penis, von M. Naz. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 14.) In der *„Société nationale de Médecine de Lyon"* berichtet Naz im Namen von Jaboulay über einen 32jährigen Mann mit ulcerösem Peniscarcinom, das in relativ kurzer Zeit unter tiefgehender Gewebszerstörung sich bis zum Nabel und Steifsbein ausgedehnt hatte. In seinem 20. Jahre hatte der Mann Lues. Vor zwei Jahren trat auf der Glans ein Knötchen auf, das auf Jodkalium nicht reagierte, sondern phagedänisch auf den Penis übergriff. Erhalten blieben nur die Hoden, die sich nach dem Leistenkanal gezogen hatten, während das Scrotum vollständig zerstört wurde. In mikroskopischen Schnitten fanden sich die von Jaboulay als Carcinomparasiten angesprochenen Zelleinschlüsse. *Gunsett-Strafsburg.*

Extragenitale Syphilis, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 46.) Der kurze Artikel bringt im wesentlichen nichts Neues. Die sekundären Symptome sind nach J.s Erfahrungen bei extragenital erworbener Syphilis gewöhnlich stärker als sonst. Bei Primäraffekten der Mund- und Rachenhöhle mufs durch Spülungen mit Wasserstoffsuperoxydlösung, durch Betupfen mit Resorcin- oder Salicylsäurelösung, mit Jodtinktur oder 90%iger alkoholischer Karbolsäurelösung der Gefahr einer Sekundärinfektion vorgebeugt werden; im Verlaufe der Entwicklung von Tonsillenschankern sind schon Phlebitiden und Endokarditiden und selbst tödlich endigende Septikämien beobachtet worden. *Götz-München.*

Über zwei Primärsyphilide mit ungewöhnlicher Lokalisation, von L. Kilroy und G. P. Adshead. (*Brit. med. Journ.* 2. April 1910.) Der Sitz der Läsionen war in dem einen Falle das Abdomen in der Mitte etwa zwischen Nabel und Symphyse, in dem anderen die Leistengegend, beide Male im Gebiete der Schamhaare. Bei beiden Kranken wurden Spirochäten im Schabepräparate gefunden, und es erfolgten auch charakteristische Sekundärerscheinungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Professioneller syphilitischer Schanker des Daumens, von Sainz de Aja. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 6.) Der Artikel enthält nichts Bemerkenswertes.

Gunsett-Strafsburg.

Über einen Fall zufälliger syphilitischer Superinfektion, von K. Preis-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 2.) Einen Patienten des Verfassers erklärte der behandelnde Spezialarzt von seiner alten Blennorrhoe als geheilt. Ein anderer Spezialarzt glaubte aber, er müsse noch 14 Tage sondiert werden, da er eine Striktur habe. Beim Auseinanderhalten der Harnröhrenlippen sah man auf der linken innern Lippe eine ungefähr linsengrofse, auch von aufsen leicht fühlbare Infiltration, über der die Schleimhaut braunrot, sammtartig ist. Diese Veränderung nahm Patient vor zwei Wochen wahr. Der behandelnde Arzt hielt dies für eine Folge des Sondierens. Eine beginnende Sklerose an dieser Stelle würde der erfahrenste Fachmann nicht für anderes halten als eine unschuldige Läsion. Drei Zentimeter hinter der Harnröhrenöffnung stellte Verfasser eine Infiltration fest, aus der man ein wenig blutiges Sekret ausdrücken konnte. Er fand durch Färbung zahlreiche typische Spirochaetae pallidae. Die Veränderung an der Harnröhrenöffnung erwies sich an der Oberfläche spirochätenfrei und erst nach einem Einschnitt fand Verfasser in der Tiefe einige Spirochäten. Je jünger ein Syphilid ist, um so mehr Spirochäten findet man. Die Sklerose in der Harnröhrenöffnung mufs früher aufgetreten sein als die andere, und diese kann nur durch Superinfektion durch die Sonde entstanden sein. Die Wassermannsche Reaktion nahm Verfasser in diesem Falle nicht vor. Sie hätte weder praktischen noch wissenschaftlichen Sinn gehabt. Übrigens kann diese Reaktion in der ersten Hälfte des

zweiten Inkubationsstadiums der Syphilis gar nicht in Betracht kommen, denn sie ist immer überwiegend negativ, während der Spirochätenbefund ständig positiv ist. Die beginnende Sklerose hat gewöhnlich ein unschuldiges Bild, deshalb hüte sich der Arzt vor letzterer Diagnose und nehme zur Spirochätenuntersuchung Zuflucht, die immer ein absolut sicheres Resultat bietet. *Porósz-Budapest.*

Daten zur Technik der Wassermannschen Reaktion, von J. Kallós-Arad. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 44.) Verfasser berührt nur die Technik der Reaktion und schildert die Detresche Modifikation. Er nahm die Reaktion nicht in einer Petrischale, sondern in 5—6 cm langen kleinen Reagensgläsern mit einem Durchmesser von 4—5 mm vor. So ist die Detresche Methodik, in Eprouvetten gemacht, rascher und einfacher ausführbar, als die originale Wassermannsche Methodik. *Porosz-Budapest.*

Ein Fall von „Syphilis insontium", zugleich ein Beitrag zur Lebensdauer der Spirochaeta pallida, von Oskar Scheuer-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 10.) Mitteilung eines Falles von Übertragung der Syphilis von einem Zimmermädchen auf die Hausfrau durch einen feuchten Badeschwamm. Das Zimmermädchen hatte luxurierende Papeln und benutzte eines Abends zur Reinigung der Genitalien den Schwamm, mit dem auch die Frau täglich die Genitalien wusch; dabei überrascht, warf das Mädchen den Schwamm, ohne ihn auszudrücken, weg; $1^1/_2$ Stunde später nahm die Frau die gewohnte Waschung vor, und das Resultat war eine Sklerose am linken Labium maius.

Die Beobachtung dieses Falles veranlaſste Sch. zu Versuchen über die Lebensdauer der Spirochäten. Er stellte fest, daſs die Spirochäten in feuchtem Zustande, speziell in feuchten Schwämmen über zwei Stunden lang beweglich, d. h. lebensfähig bleiben, während Eintrocknen ihre Beweglichkeit und damit ihre Lebens- und Infektionsfähigkeit rasch vernichtet. Aus dieser Tatsache ergeben sich ganz bestimmte Fingerzeige für die Hygiene; es sollte z. B. der Gebrauch von Schwämmen in Rasierstuben ganz verboten werden. *Götz-München*

Über einige idiopathische Krankheiten, welche Syphilis vortäuschen können, von P. S. Abraham-London. (*Brit. med. Journ.* 2. April 1910.) Verfasser demonstrierte bei diesem Vortrag eine Reihe von Fällen, bei denen statt der richtigen Diagnose Syphilis angenommen wurde, bzw. vice versa. Die Fälle umfaſsten Psoriasis, Pityriasis rosea, Ekthyma, Impetigo, Ulcus rodens, Mykosis fungoides, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis. Die Krankengeschichten enthalten manche bemerkenswerte Einzelheiten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis und der amerikanische Neger, von Thomas W. Murrell-Richmond. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 11.) Medizinisch-soziologische Studie, in der auf die enorme Verbreitung der Syphilis unter der Negerbevölkerung Amerikas hingewiesen wird. *Schourp-Danzig.*

Ein Vergleich zwischen klinischer Infektion und experimenteller Inokulation bei Syphilis, von Douglas W. Montgomery-San Franzisco. (*New York med. Journ.* 1. Jan. 1910.) Dieser Vergleich zeigt, daſs es experimentell gelingt, bei Affen den Primäraffekt beinahe in jeder Form, wie er beim Menschen vorkommt, zu reproduzieren. Obwohl der Mensch im allgemeinen für Syphilis so sehr empfänglich ist, sind seine Gewebe keineswegs alle in gleicher Weise empfänglich und hat die Spirochäte ihre speziellen Lieblingsstellen, wie das sukkulente rete Malpighii und die unmittelbar darunterliegende Papillarschicht des Corium. Wenn Nicolle die erfolgreichsten Impfungen bei Affen erzielt hat, denen die Stirne usw. abrasiert wurde, so steht dies in Übereinstimmung mit der besonders leichten Übertragung des syphilitischen Giftes auf geringgradige Verletzungen, leichte Hautabschürfungen am Gliede usw. An

den Schleimhäuten ist ebenso wie an der äufseren Haut eine Kontinuitätstrennung absolut notwendig zu erfolgreicher Impfung. Die Erfolge waren konstant negative, wenn das Virus in die intakten Schleimhäute entweder der Mundhöhle, der Conjunctiva oder der Tonsillen eingerieben wurde. M. hebt die leichten Verletzungen, die von den Friseuren so häufig gemacht werden, als besonders geeignet zur Übertragung der Syphilis hervor und gedenkt bei der Besprechung der extragenitalen Infektion besonders der Ärzte, die in ihrem Berufe als Geburtshelfer und Operateure relativ häufig diese schreckliche Krankheit — Primäraffekt meist an den Fingern — sich zuzögen. M. findet schliefslich die Spirochaeta pallida so selektiv in ihren Gewohnheiten, dafs sie sich darauf beschränkt, ihre Ernährung nur von einer Tiergattung, dem Homo sapiens, zu beziehen. Auf anthropoide Affen kann sie zwar künstlich übertragen werden, aber auf andere Tiere nur mit grofser Schwierigkeit und, wenn es gelingt, ist bei diesen ihr Dasein von kurzer Dauer Die ursprüngliche geographische Lokalisation der Syphilis war Amerika und eine natürliche Übertragung auf die menschenähnlichen Affen war niemals beobachtet worden, so dafs man die Beschränkung des Syphilis-„Parasiten" auf das Menschengeschlecht als feststehend ansehen mufs.

Stern-München.

Über Syphilis und Tuberkulose, von Albert Grasser. (Inaug.-Dissertation, Strafsburg 1909.) Der Arbeit Grassers liegen 16 Fälle zugrunde. In sieben Fällen nahm bei alter Syphilis die Tuberkulose einen sehr langsamen Verlauf. Zwei Fälle werden mitgeteilt, in denen anscheinend latente alte Syphilis durch eine hinzutretende Tuberkulose wieder aufwachte und beide Krankheiten einen mäfsig raschen Verlauf nahmen; vier Fälle, in denen frisch bestehende Syphilis oder zu Tuberkulose hinzutretende Syphilis einen äufserst schweren Verlauf nahm; ein Fall, in dem bei alter Syphilis frische Tuberkulose einen sehr raschen Verlauf nahm, allerdings unter äufserst ungünstigen Lebensverhältnissen des betreffenden Patienten; zwei Fälle, in denen keine Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden, durch Hg- und JK-Behandlung aber Lungenkatarrh bei Syphilitikern zum Schwinden gebracht wurden. Bezüglich der Therapie wurde bei Gebrauch von Jodkalium und Quecksilber nur ein einziges Mal beobachtet, dafs dieselben schlecht ertragen wurden, dagegen zeigten in sieben Fällen die Lungen keine Zeichen einer Verschlechterung ihres Zustandes, selbst wenn trotz der Anwendung von Jodkalium und Quecksilber die syphilitischen Erscheinungen nicht nur nicht zum Stillstand kamen, sondern sogar einen bedrohlichen Fortgang nahmen.

Aus seinen Ergebnissen zieht Verfasser die Berechtigung, in jedem Fall von Tuberkulose mit Komplikation durch Syphilis eine Quecksilber- und Jodkaliumkur vorzunehmen, natürlich unter beständiger Beobachtung des Patienten und wennmöglich unter günstigen hygienischen Verhältnissen (Lungenheilanstaltsbehandlung).

Fritz Loeb-München.

Die Beziehung des Carcinoms zur Syphilis, von E. Körber. (Aus: „Die Ergebnisse der Hamburgischen Kochforschung im Jahre 1908.") Leopold Voss. Hamburg und Leipzig, 1909. Unter 684 Fällen wurde die Frage nach Lues nur in 220 Fällen beantwortet. Darunter wurde 14 mal Syphilis als der Carcinomerkrankung oder doch der Carcinomdiagnose vorausgegangen bestätigt. Bei so lückenhafter Beantwortung der Frage nahm der Verfasser mit Recht von einer statistischen Verwertung des Materials Abstand. *Schourp-Danzig.*

Toxämie oder Infektion (?) bei von syphilitischer Frau gesäugten Hündchen, von Piazza. (*Policlinico.* Bd. XVI, Heft 12.) Eine sicher syphilitische Frau säugt aus gewissen Gründen fünf junge Hündchen, die alle nach 1—4 Wochen abmagern und sterben. Bei der Sektion fanden sich weder syphilitische Merkmale,

auch histologisch nicht, noch Spirochaeta pallida. Verfasser schließt daraus, daß keine Infektion der Hündchen vorliegt, sondern eine Vergiftung des Blutes durch Toxine, die aus der Milch übergegangen sind. *Haas-Hamburg.*

Syphilis und Schwangerschaft, von J. Pénard und A. Girauld. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 115.) Der Artikel enthält keine neuen Gesichtspunkte.

Gunsett-Straßburg.

Das Collessche Gesetz, von W. Knoepfelmacher und H. Lehndorff. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 40.) Die Untersuchung von 116 Müttern heredo-syphilitischer Kinder ergab in 72 Fällen (62%) positive Wassermannsche Reaktion. 91 davon hatten angeblich keine Lues durchgemacht und ergaben in 59,3% positiven serodiagnostischen Befund, 25 mit Lues — 72%. Frauen, welche wenige Wochen nach Geburt einer syphilitischen Frucht untersucht wurden, hatten in einem sehr hohen Prozentsatz (72—91%) positive Wassermannsche Reaktion. Frauen, deren letzte Entbindung von einer syphilitischen Frucht mehrere Jahre zurückliegt, haben in ungefähr 40—50% noch positive Reaktion. Verfasser sind demnach anzunehmen geneigt, daß die meisten (vielleicht alle) Mütter heredo-syphilitischer Kinder selbst an Lues leiden. Das Bedenken, daß die die Wassermannsche Reaktion gebenden Substanzen vom Fötus eventuell auf die Mütter übergehen und hier die Reaktion auslösen, wird in Erwägung gezogen, aber als kaum in die Wagschale fallend erklärt: einerseits ist es unbekannt, ob diese Substanzen durch die Plazenta wandern, andererseits haben Verfasser nachgewiesen, daß sehr viele Mütter heredo-syphilitischer Kinder auch noch mehrere Jahre nach der letzten Geburt positive Wassermannsche Reaktion haben, endlich gibt es Fälle, wo das Kind negativ, die Mutter positiv reagieren.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die hereditäre Syphilis, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 12.) Nach einigen Bemerkungen über die verschiedenen Arten der Übertragung der Syphilis von den Eltern auf die Kinder zählt J. die Erscheinungen der hereditären Syphilis auf und schildert die Mannigfaltigkeit ihrer Manifestationen ganz kurz an mehreren Beispielen. Das verhältnismäßig häufige Auftreten der Kinderlähmung bei hereditär-syphilitischen Kindern deutet nach J. darauf hin, daß das Zusammentreffen kein zufälliges ist; es handelt sich dabei wahrscheinlich um syphilitische Arteriitis in den grauen Hörnern. *Götz-München.*

Bakteriologische und histologische Untersuchung bei kongenitaler Lues, von J. Trinchese-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) Als Material für diese Arbeit standen Verfasser 100 totgeborene resp. alsbald nach der Geburt verstorbene Föten nebst den dazu gehörigen Plazenten zur Verfügung. Bei 80 derselben war er imstande, Spirochäten nachzuweisen; bei 10 war das Resultat unsicher und bei 10 negativ. In keinem Falle war das Kind spirochätenhaltig, ohne daß die Placenta nicht auch mehr oder weniger Spirochäten aufwies. Als wichtigstes Organ für den Nachweis der Parasiten bezeichnet T., wie auch andere Autoren, die Nebennieren; in fast allen seinen Fällen fand er dieselben affiziert. Die Plazenten zeigten verschiedentlich Zellwucherungen des Synzytiums, wie diese auch von anderer Seite als syphilitische Merkmale beschrieben sind. An solchen Stellen wurden gewöhnlich Spirillen als Grundursache der Störung angetroffen. Aus diesen sehr sorgfältigen und eingehenden Untersuchungen ergibt sich eine Bestätigung der Ansicht, daß jede Frau, welche ein luetisches Kind gebiert, dieses durch die im eigenen Blute zirkulierenden Parasiten infiziert hat. Die mit dem Sperma ins Endometrium gelangenden Spirochäten bewirken zunächst eine Infektion der Frau (ohne notwendige äußerliche Läsionen zu erzeugen), worauf diese nachträglich die Krankheit auf das Kind überträgt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis hereditaria tardiva. Vorkommen der Spirochäte im Conjunctivalsekret und in der vermittels Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit, von R. Dupérié. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux.* 7. Nov. 1909. Referiert in *Semaine méd.* 1909. Nr. 47.) Dies ist der erste Fall, in dem Spirochäten in ziemlich grofser Anzahl in der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit nachgewiesen wurden. Es handelte sich um einen zwei Monate alten Säugling mit Coryza, starker beiderseitiger Conjunctivitis, eitrigen Exkoriationen hinter den Ohren, am Skrotum, den Glutaeen und am Thorax. In allen diesen Läsionen wurden reichlich Spirochäten gefunden. Trotzdem war die Wassermannsche Reaktion negativ. Das Kind starb einige Tage später an starker Diarrhoe. Es fanden sich Spirochäten in der Leber, der Milz, den Nebennieren, den Lungen, dem Knochenmark, der Pia mater und der Arachhoidea. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Serumdiagnose der Lues, mit besonderer Rücksicht auf die kongenitale Syphilis und die Ammenwahl, von St. Nádossy-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 52.) Verfasser gibt als Ergebnis seiner Untersuchungen folgendes: 1. Die Wassermannsche Reaktion ist für Lues charakteristisch (zur Diagnostizierung der kongenitalen Lues kann die am leichtesten ausführbare und auch ein pünktliches Resultat aufweisende Reaktion mit Blutserum bewerkstelligt werden). 2. Die positive Reaktion macht die Luesdiagnose sicher, aber 3. die negative Reaktion bildet nur mit den anamnestischen, klinischen, therapeutischen Daten ein wichtiges diagnostisches Moment. 4. Die negative Reaktion gebenden graviden Frauen können bezüglich des zur Welt kommenden Kindes mit den besten Aussichten in die Zukunft blicken. Die positiv reagierenden graviden Frauen sind schlimmer daran. Lues kann schon bei 60% der Kinder in der ersten Woche ihres Lebens klinisch oder serologisch konstatiert werden. Der Prozentsatz kann natürlich durch eine energische antiluetische Kur während der Schwangerschaft gebessert werden (die Untersuchung des väterlichen Blutserums ist in beiden Fällen wünschenswert. 5) Wenn sich beim Vater oder bei der Mutter positive Wassermannsche Reaktion ergibt, ist wegen der eventuell vorzunehmenden Behandlung an dem Neugeborenen ebenfalls die Vornahme der Serumreaktion notwendig. 6. Eine nach dem Abortus und der Frühgeburt vorgenommene Serumuntersuchung gibt pünktlich Aufklärung bezüglich der Ursache der Ordnungswidrigkeit. Dies hat auch seine Richtigkeit bei normaler Schwangerschaftsdauer, wenn ein totes oder maceriertes Kind zur Welt kommt. Von dem Resultate der Serumuntersuchung hängt es ab, ob nach dem Abortus oder der Frühgeburt eine antiluetische Kur zur Verbesserung der künftigen Schwangerschaft angewendet werden soll. 7. Bei der Wahl einer Amme ist das Blut der Amme und ihres Kindes, und im Interesse der Amme auch das Blut des Kindes und der Mutter zu untersuchen. 8. In luesverdächtigen Fällen ist der Mutter das Stillen nur dann zu gestatten, wenn das Ergebnis der serologischen Untersuchung mit der Reaktion des Blutes des Kindes übereinstimmt. Im Falle, dafs sie nicht übereinstimmen, kann der Mutter das Stillen gestattet werden, wenn ihre Untersuchung ein negatives Resultat ergibt, denn 9. die Untersuchungen rechtfertigen, dafs man es bei den Müttern der mit hereditärer Lues behafteten Kinder mit latenter Lues zu tun hat, (die auch zumeist eine positive Reaktion ergibt), die eventuelle negative Reaktion aber entspricht der Ruhepause der mütterlichen latenten Lues; die eine positive Reaktion ergebende Mutter stille nicht das über eine negative Reaktion verfügende Kind. In solchen Fällen soll das neugeborene Kind künstlich ernährt werden. 10. In der neueren Beleuchtung hat das Collessche Gesetz seine Bedeutung verloren, denn es ist erwiesen, dafs die kongenitale Lues maternalen Ursprungs ist. 11. Das auch schon vor der Zeit der Serumreaktion in Zweifel gezogene Profetasche Gesetz hat ebenfalls von seinem Werte verloren, weil bei den scheinbar gesunden,

keinerlei Symptom aufweisenden Kindern die vorgenommene Serumuntersuchung zumeist ein positives Resultat ergibt, und so ist die latente Lues der Kinder eine Erklärung für die Immunität gegen eine neuere Syphilisinfektion. 12. Eine Frage ist, ob die Eklampsie hindern kann und eine Frage ist, ob Sepsis puerperalis die Komplementbindungsfähigkeit des Blutes ändert. 13. Die Wassermannsche Reaktion ist nicht nur in der Tokologie, sondern auch in der Frauenheilkunde ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. *Poross-Budapest.*

Epilepsie und hereditäre Syphilis, von Raymond. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 42b.) Kurze Mitteilung über einen 1½jährigen Knaben, der epileptische Anfälle hatte, außerdem aber degenerative Erscheinungen, einen leichten Hydrocephalus, zeitweise auftretenden Strabismus, Abschwächung der Pupillenreflexe, aufwies. Möglicherweise sind diese Erscheinungen der Ausdruck hereditärer Syphilis, die dann wohl auch die Ursache der Epilepsie wäre. R. hat schon einmal einen Fall von Epilepsie bei einem Kinde durch Quecksilberinjektionen zu völliger und dauernder Heilung kommen sehen. *Götz-München.*

Über einige erbsyphilitische Affektionen des Nervensystems, von Rondoni. Übersetzt aus den *„Proceedings of the Royal Society of Medicin"*, Vol. 2, Nr. 4, von Schütz. (*Fortschr. d. Med.* Jahrg. 28, Nr. 7.) Bericht über die histologischen Befunde dreier Fälle von Erbsyphilis mit Affektion des Nervensystems. Die beiden ersten Fälle waren allgemeine juvenile Paralyse. Im ersten fand Verfasser die hauptsächlichste charakteristische Veränderung bei der allgemeinen Paralyse — die perivaskuläre Infiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten, speziell in der Hirnrinde — diese besonders in den Basalganglien und der zwischen ihnen liegenden basalen Substanz. Im zweiten Fall ergab die mikroskopische Untersuchung zahlreiche Plasmazellen in der Adventitia der Gefäſse der Hirnrinde, Infiltration auch der Pia. Typische Veränderungen der Glia sowohl im Groſs- als auch Kleinhirn. Groſse Spinnenzellen, dickes Filzwerk auf der Rindenoberfläche. Der dritte Fall unterscheidet sich von den vorhergehenden. Die histologische Untersuchung brachte zwei Formen von krankhaften Veränderungen zutage; einmal diffuse Degeneration der kortikalen Neurose ohne jede Spezifität und in nicht sehr ausgeprägter Weise und dann Veränderung der Gefäſse an der Gehirnbasis, welche als diffuse Arteriitis mit Vorherrschen der Intimaveränderungen angesehen werden können. Diese haben verdickte Wände, manchmal mit Bildung von kleinen Aneurysmen, mit Vermehrung des Binde- und elastischen Gewebes mit Anzeichen von Degeneration. Diesen Fall faſst Verfasser auf als Syphilis hereditaria tarda des Nervensystems. *Haas-Hamburg.*

Hereditäre Knochensyphilis, von Emile Girou. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 49.) Kurze mit Abbildungen versehene Beschreibung der hereditären Knochensyphilis, die gewöhnlich erst im späten Kindesalter, selten vor Vollendung des 4., manchmal erst gegen das 20. Lebensjahr auftritt, besonders die langen Röhrenknochen und unter diesen am häufigsten die Tibia befällt und zu einer den ganzen Knochen in seiner Dicke und Länge umfassenden Hyperostose führt. Die Erkrankung ergreift oft verschiedene Knochen nacheinander oder einen und denselben Knochen in verschiedenen Schüben und führt dann zur Bildung einzelner Hyperostosenschichten, die wie die Jahresringe der Baumstämme aussehen. Manchmal kommt es zur Entstehung von Knochengummen, die bei ungenügender oder zu spät einsetzender Behandlung nach auſsen durchbrechen können; unter Umständen wird der Knochen zum Teil nekrotisch und gelangt zur Ausstoſsung, dabei ist aber die Eiterung stets sehr gering. Als Komplikationen sind die seltenen Spontanfrakturen und die sekundären Arthritiden (Hydarthrosen und Gelenkveränderungen infolge des Durchbruchs eines Knochengummas) zu erwähnen. Die Affektion ergibt sehr charakteristische Röntgenbilder.

Differentialdiagnostisch kommen aufser der Knochentuberkulose chronische Osteomyelitis, die Sporotrichose, die auch Knochenveränderungen machen kann, und gewisse hypertrophisierende Ostitiden unbekannter Natur in Betracht. *Götz-München.*

Die chronische und die atheromatöse Aortitis des Kindesalters, namentlich bei der Erbsyphilis, von A. Lévy-Fraenckel. (*Thèse de Paris.* 1909.) Man kann beim Kinde, geradeso wie beim Erwachsenen, die mannigfachsten Veränderungen der Aortenwand vorfinden, und zwar beginnend mit der einfachen Verdickung der Tunicae mit Hypertrophie der elastischen Schicht bis zur Verkalkung derselben. Anfangs sind die Veränderungen nur in der Tunica media zu beobachten und erst später wird die interna ergriffen.

Ätiologisch ist in erster Linie die hereditäre Lues in Betracht zu ziehen, ja man kann sagen, dafs Kinder syphilitischer Eltern fast immer Läsionen der Adventitia und der Tunica media darbieten, bestehend in Degenerierung und wachsartigem Aussehen der Muskelfasern.

Auch Rheumatismus kann bei Kindern zu Atherom führen, und zwar direkt durch Einwirkung auf die Aortenwand, oder indirekt durch Hyperplasie der Nebennieren. Als weitere ätiologische Momente müssen chronische Nephritis, Myxödem und akute Infektionskrankheiten angesehen werden.

Aus dem oben Angeführten erhellt, dafs man hereditär-syphilitische Kinder gleich nach der Geburt einer energischen Behandlung unterziehen mufs, wenn man dieselben nicht der Gefahr aussetzen will, chronische Aortitis und Atherom zu bekommen. Krankheiten, die nicht nur zur Bildung von Aneurysma, sondern auch zur Spontanruptur der Aorta in jungen Jahren führen können. *E. Toff-Braila.*

Kopfschmerzen und Syphilis, von Pickenbach-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 41.) An der Hand zweier Fälle aus der Praxis macht Verfasser darauf aufmerksam, dafs man bei Patienten, die über heftige Kopfschmerzen klagen, beim Fehlen sonstiger Anhaltspunkte an Lues denken soll. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von maligner, rasch verlaufender Syphilis, von H. B. Epstein-Newark. (*New York med. Journ.* 18. Dez. 1909.) Es handelte sich um einen 36jährigen, wohlsituierten Mann, der vor zehn Jahren den Initialaffekt und bald darauf Sekundärerscheinungen durchgemacht hatte. Trotz intensiver Behandlung mit Einreibungen, intramuskulärer und interner Quecksilber-, tonischer und Bäder-(Springs), ebenso Jodbehandlung entwickelten sich immer wieder neue Erscheinungen, besonders am Knochensystem, so dafs aus der Nase, aus unterem Drittel des linken Humerus, aus den Schädelknochen u. a. m. Sequester entfernt werden mufsten und ein Gumma der Frontal- und Parietalknochen sogar Gehirnhäute und Gehirn in Mitleidenschaft zog. Patient hatte keinerlei geschäftliche Sorgen und erschöpfte, wie E. schliefslich bemerkt, die therapeutischen Quellen von zehn ärztlichen Ratgebern. Mit fünf wohlgelungenen Abbildungen der hochgradig entstellenden Veränderungen. *Stern-München.*

Tardive sekundäre Syphilis (irregulär verlaufende Syphilis, Syphilis anarchique), von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 42.) Klinischer Vortrag, in dem J. den vom Schema abweichenden Verlauf der Syphilis, besonders das späte Auftreten sekundär-syphilitischer Erscheinungen bespricht. Niemals kann man mit Sicherheit behaupten, dafs die sekundäre Periode der Syphilis abgelaufen oder eine Syphilis nicht mehr virulent sei. J. hat Sekundärsymptome bei einzelnen Kranken noch 18—24 Jahre nach der Infektion, zuweilen neben tertiären Erscheinungen, beobachtet. Fälle von tartiver sekundärer Syphilis sind viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. *Götz-München.*

Die proliferierenden Formen der Hautsyphilide, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 1.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Syphilitische Symptome bei Spätsyphilis, von Douglass W. Montgomery und George D. Culver-San Francisco. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 8.) Bei einem 36jährigen Manne schwollen sieben Jahre nach dem Erwerben einer Primärsklerose die Halslymphdrüsen an. Unter Quecksilber- und Jodbehandlung trat Heilung ein. *Schourp-Danzig.*

Leukoderma syphiliticum bei einem Manne, von K. H. Jones. (*Brit. med. Journ.* 26. März 1910.) Bericht über einen 37jährigen Seemann, welcher drei Jahre vor der Untersuchung ein Primärsyphilid akquiriert zu haben, aber kaum an Sekundärerscheinungen gelitten zu haben angab. Die Leukodermie umfaſste die Schultern und den Stamm bis zum Nabel. Etwa sechs Monate später waren die Läsionen etwas, aber nicht sehr viel zurückgegangen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Interstitielle Keratitis bei erworbener Syphilis, von S. L. Phillips-Savannah. (*Med. Record.* 23. Okt. 1909.) Kasuistik. *W. Lehmann-Stettin.*

Syphilitische Karies des Orbitalrandes mit Übergreifen auf den Sinus frontalis, von E. Fossataro. (*La riforma med.* 1909. Nr. 50.) Bei einem jungen Mann trat ein Jahr nach dem Primäraffekt eine phlegmonöse Schwellung der linken Superciliarregion auf. Nach zwei Inzisionen ging dieselbe zurück, es blieb aber eine secernierende Fistel zurück, die auch auf eine energische Jod-Quecksilberkur nicht heilte, während ein mittlerweile aufgetretenes rupoides Syphilid verschwand. Auch drei weitere erhebliche chirurgische Eingriffe, welche bewiesen, daſs die ursprünglich oberflächliche Entzündung zu einer gummösen Ostitis der Frontale mit sekundärem Emphyem des Sinus geführt hatten, führten nicht zur definitiven Ausheilung der Fistel. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Hodensyphilis. (Symptome und Diagnose). (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 91.) Rekapitulierende Bemerkungen für die Assistentenprüfung. Sie enthalten nichts Neues. *Gunsett-Straſsburg.*

Über Nierensyphilis, von A. Gouget. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 31.) Der Autor unterscheidet bei der Nierensyphilis der Sekundärperiode zwei Formen. Bei der ersten beschränkt sich die ganze Krankheit auf eine leichte Albuminurie 0,1—0,3 g Albumenausscheidung pro Liter. Dabei ist die Diurese normal, es bestehen weder Ödeme noch sonstige funktionelle Störungen. Oft kommt etwas Palpepral- oder Malleolenödem hinzu, oft auch einige Cylinder. Diese Fälle führen zu der zweiten Form hinüber, die viel schwerere Symptome macht. Diese ist besonders durch schnell wachsende, starke Ödeme ausgezeichnet, manchmal sogar mit Hautanasarka und Pulmonalödem. Ferner findet sich immer dabei eine starke Eiweiſsausscheidung 4—5 g pro Liter, oft auch viel mehr bis zu 72 und 100 g. Dabei ist die Diurese normal oder vermehrt. Weniger wichtig für die Diagnose dieser Form als diese drei Kardinalsymptome sind z. B. der manchmal beobachtete Blutgehalt des Sediments, die weiſsen Blutkörperchen und die granulierten und epithelialen Cylinder. Diese Form der syphilitischen Nephritis ist gewöhnlich sehr gefährlich und führt oft rapide zu Urämie und zum Tode. Die tertiäre Nephritis zeigt viel mannigfaltigere Formen. Oft ist es das Bild der epithelialen Nephritis mit starken Ödemen und massiger Eiweiſsausscheidung, bald das Bild der Amyloidniere mit starker Albuminurie, Polyurie, groſser Leber und Milz, bald ist überhaupt nur starke Albuminurie vorhanden, bald haben wir die Erscheinungen der Nierensklerose mit hellem Urin von niedrigem spezifischen Gewicht, Polyurie, geringer Albuminurie, Herzhypertrophie mit Galopprythmus, urämischen Erscheinungen. Zuletzt kommt noch eine „pseudochirurgische“ Form vor mit ödematöser Perinephritis, welche einen schmerzhaften Tumor vortäuschen kann.

Therapeutisch ist der Autor immer für eine gemischte Kur; nur warnt er vor der Injektion unlöslicher Salze bei Niereninsuffizienz. *Gunsett-Straſsburg.*

Vitiligo bei einem Tertiärsyphilitischen, von Dujardin. (*La policlinique.* 1909. Nr. 14.) Verfasser stellt einen Patienten vor, der vor zehn Jahren Syphilis akquirierte und dieselbe mangelhaft behandelte. Gegenwärtig leidet Patient an einer Leukoplakie der Zunge und der Backenschleimhaut und an einer Vitiligo, die binnen drei Monaten die Haut der Handrücken, der Vorderarme, des Nackens und des Gesäßes bedeckte. Von Tabes (im Sinne P. Maries, der die Vitiligo als ein öfteres Symptom der präataktischen Periode beobachtete) fand Verfasser keine Erscheinungen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von syphilitischer Trachealstenose diagnostiziert mit indirekter Tracheoskopie nach der Methode von Semeleder-Störck-Kilian, von Tapia. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 3.) Der Verfasser bricht eine Lanze für das nach seiner Ansicht mit Unrecht in Vergessenheit gekommene Verfahren. Es besteht darin, daſs bei steifer Haltung des Halses des Patienten und stark vorübergebeugtem Kopf, das Auge des Beobachtenden tiefer als das Kinn der Patienten gebracht und in dieser Stellung der Kehlkopfspiegel weit nach oben in den Rachenraum gehalten wird. Auf diese Weise konnte bei einer äuſserst starken Dyspnoe, die sich nicht durch gewöhnliche laryngoskopische Untersuchung erklären lieſs, im mittleren Teil der Trachea ein entzündlicher Verschluſs festgestellt werden, der nur eine kleine dreieckige Öffnung lieſs.

Gunsett-Straſsburg.

Ein Fall von tertiärer Syphilis mit plötzlichem Tode infolge von Paralyse der Abduktoren der Stimmbänder, von R. H. J. Browne. (*Lancet.* 6. Nov. 1909.) Ein kräftiger Seemann, der acht Jahre zuvor sich luetisch infiziert hatte und Sattelnase und Ozäna aufwies, wurde wegen Atemnot, Husten und partieller Aphonie aufgenommen. Nach anfänglicher Besserung unter Behandlung mit Jodkalium und Sublimat usw. trat nachts ein plötzlicher, tödlicher Erstickungsanfall ein. Bei der Obduktion fand man die verdickten Stimmbänder in Cadaverstellung und ausgedehnte Narbenschrumpfung an der Trachea und dem Kehlkopf. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Lungensyphilis. — Betrachtungen über denselben, von Flórez Estrado. (*Revista clin. de Madrid.* 1909. Nr. 24.) Ein 32jähriger Mann bekam zehn Jahre nach dem Primäraffekt eine Lungenerkrankung, welche vollständig den Verlauf einer Lungentuberkulose nahm. Jedoch lieſsen die Lokalisation der Pulmonalläsion (sechster linker Interkostalraum), das vollständige Freibleiben der anderen Lunge und die luetischen Antecedenzien des Patienten auf eine syphilitische Lungenaffektion schlieſsen. Die sofort eingeleitete antiluetische Kur brachte bald eine bedeutende Besserung, insbesondere verschwanden Fieber und Brustschmerzen schon nach wenigen Tagen. Im Anschluſs an diesen Fall bespricht Estrado die für die Differentialdiagnose wichtigen Gesichtspunkte, von denen ich nur anführen will, daſs bei der Lungentuberkulose die Pleura von Anfang an in Mitleidenschaft gezogen wird, bei der Syphilis erst ganz spät, daſs erstere sich an den Spitzen lokalisiert, letztere mehr in den mittleren Lungenpartien und dort sitzen bleibt, während eine in den mittleren Partien ausnahmsweise beginnende Tuberkulose die Tendenz hat, die oberen Lappen zu befallen. Ferner geht die Lungensyphilis nur selten mit Haemoptoe, jedenfalls nie mit starken Lungenblutungen einher. *Gunsett-Straſsburg.*

Tuberkulose oder Lungensyphilis, von Trigand. (*Gaz. des hôp.* 1910. Nr. 35.) Der Autor weist auf die Unterschiede bei den Affektionen hin. Die Lugensyphilis kann lange bestehen, ohne den Allgemeinzustand zu alterieren und verläuft fieberlos. Sie befällt besonders den rechten Mittellappen oder die Unterseite des Oberlappens. Oft ist eine Mischinfektion vorhanden. In diesen Fällen gibt T. auſser der antiluetischen Therapie Thiocol (vier bis acht Tabletten täglich) oder vier bis acht Kaffeelöffel Sirop Roche. *Gunsett-Straſsburg.*

Zur Kenntnis des Icterus syphiliticus praecox, von Buschke-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 6.) Zur Entscheidung der Frage, ob die übliche Auffassung des gutartigen Icterus im Frühstadium der Syphilis als Stauungsicterus zutreffend ist, oder ob nicht wenigstens zum Teil eine syphilitoxische Entstehung anzunehmen ist, bediente sich Buschke 1. des Nachweises von Leucin und Thyrosin im Harn — nach Analogie der bei akuter gelber Leberatrophie auftretenden Stoffwechselstörungen — und 2. des Nachweises der von Straus angegebenen Lävulosurie.

Bei einem Patienten, welcher im Verlauf einer Hg-Kur einen Icterus bekam, gelang der Nachweis von Leucin und Tyrosin. Dieser Befund deutet auf eine schwere Funktionsstörung der Leberzellen hin und berechtigt zu dem Schlufs, dafs hier kein Stauungsicterus vorlag, sondern eine schwere parenchymatöse Entzündung des Organs mit Ausgang in Restitution. Die Hg-Behandlung als Ursache anzuschuldigen, geht wohl kaum, da die Affektion unter Fortsetzung dieser Behandlung ausheilte. Zum Vergleich mit dieser syphilitischen parenchymatösen Hepatitis wird die syphilitische Nephritis im Frühstadium der Syphilis herangezogen, welche ebenfalls unter Hg-Behandlung ausheilt, allerdings sehr zu Rezidiven neigt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die sekundäre akquirierte Syphilis der Nasengänge, von B. Bord. (Inaug.-Dissert. Paris, 1909.) In etwa drei Viertel der Fälle von sekundärer Lues können spezifische Erscheinungen auf der Nasenschleimhaut beobachtet werden zur selben Zeit, wann solche auf anderen Schleimhäuten, wie z. B. derjenigen des Kehlkopfes, des Pharynx, der Ohrtrompete oder des Mittelohres, erscheinen. Namentlich bei Kindern sind in solchen Fällen Untersuchungen des Naseninneren vorzunehmen, da es zu Obstruktionen der Nasengänge kommen kann und die Kinder hierdurch am Säugen gehindert sind.

Die sekundäre Syphilis erscheint in der Nase unter verschiedenen Formen, von denen die häufigste die einfache entzündliche Schwellung der Schleimhaut ist. Hauptsächlich ist die untere Muschel daran beteiligt und kann die Affektion ein- oder zweiseitig sein. Ein serös-schleimiger Ausflufs begleitet meist diese Schwellung der Schleimhaut; derselbe kann in seltenen Fällen auch eitrig sein oder auch ganz fehlen. Die Schwellung der Schleimhaut ist von einer erythematösen Verfärbung derselben begleitet, doch ist dasselbe öfters umgrenzt und an der vorderen Seite der Nasenscheidewand und an dem vorderen Teile der unteren Muschel zu finden. Hier findet man häufig auch Erosionen, die kaum die Gröfse einer Linse überschreiten und von einem roten Hofe umgeben sind. Auf dieselben ist vielleicht auch das oftmalige Nasenbluten, welches in diesem Stadium der Krankheit beobachtet wird, zurückzuführen. Endlich können auch hypertrophische Papeln und Kondylome der Schleimhaut beobachtet werden.

Ulceröse Syphilide der Nasenschleimhaut gehören nicht zum Bilde der sekundären Lues, sondern sind tertiärer Natur. *E. Toff-Braila.*

Schwere hypoplastische Anämie durch wiederholte kleinere Nasenblutungen, von Ernest Renaux. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 48.) Beschreibung eines Falles von schwerer Anämie, mit 11% Hämoglobin, bei einem 37jährigen Manne, der seit drei Jahren an einem blutenden Geschwür an der rechten unteren Muschel litt. Patient spuckte unablässig Blut aus; der Auswurf betrug täglich 20—50 ccm reines Blut. Es schien kaum glaublich, dafs dieses Bluten die Ursache einer so schweren Anämie hätte sein können, und es wurde nach anderen Ursachen gesucht. Als einziges ätiologisches Moment kam dabei die Lues in Betracht; Patient leugnete zwar eine Infektion, aber die Wassermannsche Reaktion ergab positives Resultat. Unter Quecksilbereinwirkung kam es anfangs zu einer ansehnlichen Vermehrung des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen, aber sie konnte nicht zur Heilung führen, und diese trat erst rasch nach Exstirpation des blutenden Geschwüres ein. Es scheint also, dafs

die Ursache der Anämie in den wiederholten Hämorrhagien zu suchen ist, die bekanntlich die Regeneration der Erythrocyten ganz ungünstig zu beeinflussen imstande sind. Die luetische Infektion spielte dabei wahrscheinlich nur insofern mit, als sie einerseits die Bildung des Nasengeschwürs verursachte, andererseits schon an sich zur Anämie beigetragen hat. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Frage der Syphilis des Herzens, von Woloschin. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 51.) Unter 5734, im Laufe von zehn Jahren im Marinehospital zu Kronstadt vorgenommenen Sektionen fanden sich 40 Fälle von gummöser Lues der inneren Organe und darunter zwei Fälle von tertiärer Lues des Herzens. In dem einen Fall, welchen Verfasser selbst seziert und mikroskopisch genau untersucht hat, fand er ausgedehnte gummös-fibröse Veränderungen des Herzens. Wie die mikroskopische Untersuchung ergab, waren die fibrösen Veränderungen stärker als die gummösen und besonders deutlich im linken Vorhof ausgeprägt. Die Wassermannsche Reaktion fiel bei Untersuchung der Spinalflüssigkeit positiv aus. *Arthur Jordan-Moskau.*

Verschiedenes.

Haut und Sport, von P. G. Unna-Hamburg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 1—5.) In einer gröfseren Abhandlung stellte sich Verfasser die Aufgabe, in kurzen Umrissen zu zeigen, dafs die Haut ein wichtiges Organ bilde, das wohl verdient, sorgsam gepflegt zu werden, und dafs die verschiedenen Sportarten, soweit sie vernünftig ausgeübt werden, zu dieser Pflege wesentlich beitragen. Die sehr lesenswerte Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Hautkrankheiten und moderne Kleidung, von Eduard Saalfeld-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 9.) Verfasser macht aufmerksam auf die Schädigungen der Haut durch die in die weichen Kragen der Damen eingenähten Fischbeinstäbchen, durch besonders hohe, steife Kragen der Männer und durch das aus Blech bestehende Schlofs der Bartbinde. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über lokale Anästhesie, mit spezieller Beziehung auf die Venenanästhesie, von August Bier-Berlin. (*Edinb. med. Journ.* Aug. 1910.) B. gibt in diesem Vortrage, mit dem er vor der Universität von Edinburgh auftrat (zur sog. Cameron-Vorlesung), eine Übersicht über die Entwicklung der Lokalanästhesie, wie sie seit den ersten, grundlegenden Arbeiten Schleichs sich gestaltet hat. Kokain sollte, ausgenommen zur Anästhesie der Schleimhaut, heutzutage nicht mehr angewendet werden. In Übereinstimmung mit Braun empfiehlt Bier Novocain, das in Verbindung mit Suprareninpräparaten uns ermöglicht, ohne Schaden für den Patienten grofse Mengen des Anästhetikums anzuwenden. Er gebraucht der gröfseren Einfachheit halber sowohl zu der ersten primitiven Injektions- wie zur Infiltrationsmethode eine 0,5%ige Novocainlösung, wovon ohne Gefahr 80—120 ccm beim Erwachsenen injiziert werden dürfen; eine gewisse Zeit — wenigstens 15 Minuten und auch länger — abzuwarten, bis die Anästhesie in genügendem Mafse eingetreten ist, erklärt B. für ein Haupterfordernis der lokalen Anästhesie. Eine weitere Verbesserung und Ausdehnung erfuhr dieselbe durch Hackenbruchs periphere (perineurale) Injektion; dank der Zugabe von suprarenalen Präparaten ist dieselbe zu einer sehr wirksamen, lange anhaltenden Anästhesierungsmethode geworden, von welcher Bier häufig und auch bei sehr schwierigen Operationen, wie z. B. Totalexstirpation des Kehlkopfes nebst den Lymphdrüsen, Thyreoidektomie, anwendet. 60—80 ccm der 0,5%igen Novocainlösung + Suprarenin

werden hier angewandt und sind völlig wirksam, wenn genügend lange Zeit, was B. immer als das Hauptgeheimnis erfolgreicher Lokalanästhesie anführt, gewartet wird. Hier und da wird es von Vorteil sein, lokale Anästhesie mit einer vorhergehenden Dosis Morphium oder Skopolaminmorphium zu kombinieren, speziell bei aufgeregten, an Basedow leidenden Kranken. Seit einiger Zeit hat nun Bier eine weitere Methode lokaler Anästhesie, nämlich durch in die Venen ausgeführte Injektion, in Anwendung gebracht, sie kommt aber nur für jene Fälle, wo einfache lokale Anästhesie schwierig oder unpraktisch ist, oder gröfsere Operationen an den Extremitäten vorzunehmen sind, wie Amputationen, Resektionen, Arthrodese, Arthrotomie, Sequestrotomie, ausgedehnten Phlegmonen, Reposition von Frakturen usw., in Betracht. Da es sich also hierbei meist um rein chirurgische Zwecke handelt, so mufs es sich Referent versagen, auf die Einzelheiten der Methode, zu deren besserem Verständis der Arbeit (sechs) Abbildungen beigegeben sind, einzugehen. Es sei nur erwähnt, dafs die Injektionen (von Novocain 0,5 : 100 physiologischer Kochsalzlösung) mittels der 100 ccm fassenden Janetschen Spritze und speziellen Kanülen (von 1,5 mm Durchmesser für Kinder, 1,75 und 2 mm Durchmesser) ausgeführt werden; in der Regel werden 100 ccm in die Unter- und 50—80 ccm in die Oberextremitäten injiziert, erstere Dosis wurde niemals überschritten. Vollständige Ischämie, zu welchem Behufe je zentral und peripher ein Esmarchscher Schlauch angelegt wird, ist von gröfster Wichtigkeit für das Gelingen der Anästhesie. Das anästhesierende Mittel kann in die Vene entweder in peripherer oder zentraler Richtung injiziert werden. Je nach Anlegen der Binden unterscheidet B. direkte und indirekte Anästhesie; tritt bei ersterer nicht innerhalb fünf Minuten völlige Gefühllosigkeit ein, so mufs ein technischer Fehler, wovon der schlimmste unvollkommene Ischämie ist, gemacht worden sein. Die indirekte Anästhesie stellt sich mit wechselnder Raschheit, zuweilen fast unmittelbar, höchstens aber in 20 Minuten ein; sobald die Gefühllosigkeit vorhanden ist, wird der periphere Schlauch entfernt. Vergiftungsgefahr ist keine vorhanden, vorausgesetzt, die Ischämie ist eine genügende und die angegebenen Novocaindosen werden nicht überschritten. Mittels der Venenanästhesie können schmerzlos alle Operationen an jenen Teilen der Extremitäten vorgenommen werden, welche die Erzeugung künstlicher Ischämie gestatten. Eine Kontraindikation ist jedoch vorhanden, nämlich bei Diabetes oder seniler Gangrän, die überhaupt nicht für lokale Anästhesie geeignet sind, und wenn man hierbei nicht Allgemeinnarkose wählt, so hat Spinalanästhesie den Vorzug. Bier hat bis jetzt 244 Fälle mittels Venenanästhesie operiert, unter den 100 ersten Fällen gab es fünf Mifserfolge, aber späterhin haben diese fast völlig aufgehört.

Stern-München.

Zum Entfernen einiger Farbflecke von der Haut, die beim Mikroskopieren zuweilen entstehen, teilt Dr. Erwin Richter folgende Waschflüssigkeiten mit. Es ist geeignet:

Seifenspiritus für Flecken von Karbolfuchsin, Karbolthionin, Kresylviolett, Giemsas Lösung, Leishmans Blutfarbstoff, Löfflers Methylenblau, Orceïn-Wasserblau, polychrome Methylenblau-Lösung.

Absoluter Alkohol für Flecken von Karbolgentianaviolett-Lösung.

Wasserstoffperoxyd (3%ig) und Ammoniakflüssigkeit zu gleichen Teilen für Flecke von Ehrlichs Triacidlösung und Esbachs Reagens.

Wasserstoffperoxyd (3%ig) und Salzsäure zu gleichen Teilen für Flecke von Hämatoxylin-Delafield-Lösung. (*Apoth.-Ztg.* 1910. Nr. 55.)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. | №. 8. | 15. Oktober 1910.

Über medizinale Jodvergiftung mittels Jodglidine.

Von

Privatdozent Dr. v. NOTTHAFFT-München.

Unter den Vergiftungserscheinungen, welche fortgesetzter Jodgebrauch im Gefolge hat, sind diejenigen, welche das Nervensystem betreffen, die unangenehmsten. Da das Jod in der Arzneikunst, speziell bei der Arteriosklerose und noch mehr bei der Syphilis, zurzeit noch unersetzlich ist, so werden immer wieder neue Jodpräparate gesucht, welche die Wirksamkeit des Jods besitzen würden, aber nicht seine giftigen Wirkungen. Prophylaktisch gegen Jodismus gegebene Medikamente und Medikationsweisen haben sich ja wenig bewährt. Weder die Verabreichung des Jodkaliums in Milch und schleimigen Getränken, noch die Verabreichung in vielen kleinen Einzeldosen, noch die Verbindung mit Bromkalium oder Natrium bicarbonicum oder Sulfanilsäure vermag einen besonderen Effekt zu erzielen, so sehr alle diese Dinge empfohlen werden. Die Empfehlung des Antipyrins durch NEISSER dürfte auf eine an sich richtige, aber irrig gedeutete Beobachtung zurückzuführen sein; denn das Antipyrin wirkt lediglich im Sinne eines Narkotikums; daher kann auch dem Beta-Sulfopyrin, einer wohl nur physikalischen Vereinigung von Sulfanilsäure und Antipyrin, kein besonderer Wert zugesprochen werden.

Was für das Jodkalium gilt, gilt auch für Jodnatrium, Jodammonium, Jodlithium, Jodrubidium und Jodtinktur, wenn auch kleine Unterschiede bestehen mögen.

Wo wirklich Jodismus seltener beobachtet wird — ausgeschlossen ist er auch da nicht —, läſst sich bei genauerer Beobachtung konstatieren, daſs das Präparat entweder andere Unbequemlichkeiten hat oder daſs die geringere Giftigkeit lediglich in einer geringeren Wirksamkeit ihren Grund hat; entweder entfalten die Ersatzpräparate zu wenig Jod oder sie spalten es schwerer ab. Das gilt für Jodoform, Jodol, Jodolbacid, Jodipin, Jodolenum, Jodomeninum, Jodopyrin, Jodeigone, Sajodin und anderes.

Eine Sonderstellung nimmt das Jodival ein, eine α-Monojodisovalerianylharnstoffverbindung; es mag vielleicht tatsächlich, wie ihm nach-

gerühmt wird, Magen und Darm weniger reizen; dafür aber besorgt es Jodismuserscheinungen von Seite des Nervensystems um so rascher und gründlicher. Nachdem nachgewiesen ist, dafs es gerade im Nervensystem in gröfserer Menge deponiert wird, ist dieses Resultat ja sehr naheliegend. Wie man aber dazu kommt, dieses Präparat gerade für die Nervensyphilis zu empfehlen, ist eines von den vielen Vorkommnissen, die nur dem unbegreiflich erscheinen, welcher nicht bedenkt, mit welcher Raschheit des Urteils die meisten neueren Heilmittel empfohlen werden. Denn bei jeder Nervensyphilis ist das Nervensystem das sekundär Geschädigte. Ich halte es nicht für erlaubt, das Nervensystem aufser durch die Noxe der Syphilis noch durch diejenige des Jods zu schädigen. Was ich bisher vom Jodival bei Nervensyphilis gesehen habe, hat meine Bedenken nur gerechtfertigt.

Das Jothion eignet sich wegen der damit verbundenen Hautreizung nur für nicht empfindliche Häute.

Die Firma Klopfer stellt Jodglidine her, ein Präparat, bei welchem das Jod an nukleinfreies, reizloses Pflanzeneiweifs gebunden ist. Auch dieses Präparat ist bereits vielfach gelobt worden, weil es wirksam und angeblich ohne Nebenwirkungen sei.

Zum Teil auch mit durch das Entgegenkommen der Firma habe ich in den letzten zwei Jahren eine gröfsere Anzahl von Syphilitikern mit dem neuen Mittel behandeln können. Überblicke ich die damit gewonnenen Resultate, so kann ich im allgemeinen mit seiner Wirksamkeit zufrieden sein. Es hat sich bei einer gröfseren Anzahl von Tertiärsyphilitikern und bei mit syphilitischen Kopfschmerzen Behafteten recht gut bewährt, wenn es auch etwas langsamer als Jodkalium und Jodnatrium zu wirken scheint. Bei den Kopfschmerzen und bei bedrohlichen Tertiärerscheinungen wird es daher besser durch diese Verbindungen ersetzt. Was nun seine Bekömmlichkeit betrifft, so ist diese etwas gröfser als diejenige der Jodalkalien. Allerdings gründet sich solch ein Urteil mehr auf Schätzung und Gesamteindruck, als auf absolute Zahlen. Denn die Bekömmlichkeit der Jodalkalien ist ja bei den verschiedenen Individuen ganz verschieden. Gelegentlich werden kolossale Dosen anstandslos vertragen, wie die Beobachtungen bei Blastomykose und Aktinomyces lehren, und wiederum sind schon kleinste Mengen imstande, schwere Intoxikationen hervorzurufen, wie z. B. der im Anschlufs an die Jodpinselung von ein paar Finger-Gichtknoten entstandene „Pemphigus“-Ausbruch über den ganzen Körper zeigt, über welchen ich vor Jahren im *Dermat. Centralbl.* berichtet habe. Das Gleiche ist aber auch bei der Jodglidine der Fall. Im allgemeinen beobachtet man weniger Störungen als bei Jodkalium; aber nicht selten sieht man auch, dafs empfindliche Magen davon benachteiligt werden; es stellen sich mitunter tage- und wochenlang dauernde Dyspepsien,

Hyperacidität und Unregelmäßsigkeiten des Stuhles ein. Jodschnupfen wurde oft, Jodakne, die nach Köster nicht vorkommen soll, zu wiederholten Malen beobachtet. Dabei waren die Mengen Jodglidine, nach deren Einnahme die ersten Intoxikationserscheinungen auftraten, durchaus nicht besonders grofs. Schon nach 24 Tabletten à 0,5 Jodglidine = 1,2 Jod innerhalb sieben Tagen konnten sie auftreten, während andererseits die sehr hohe Dosis von 810 Tabletten = 40,50 Jod innerhalb drei Monaten einmal anstandslos vertragen wurde.

Besonders unangenehm waren zwei Fälle von Jodismus mit starker Beteiligung des Nervensystems. Der erstere der beiden bot nichts besonderes. Nach dem Gebrauche von 150 Tabletten = 7,5 Jod innerhalb vier Wochen trat grofse Nervosität, Schlaflosigkeit, Zittern der Hände und absoluter Appetitmangel auf. Sechs Wochen nach Aussetzen der Medikation begann die Besserung. Drei Monate später war alles gut. Der Patient, ein 30jähriger, im allgemeinen gesunder, nicht neuropathischer Mann, hatte früher Jodkalium wiederholt ohne Schaden genommen, und zwar jedesmal vier Wochen lang dreimal täglich zehn Tropfen der Lösung: Natr. jod., Aq. aa = 22,95 Jod. Die Dosis fünf Pastillen pro die war durch langsames Ansteigen erreicht, die Tabletten nach der Mahlzeit genommen worden. Die erzeugte Intoxikation war um so ärgerlicher, als ein dringendes Bedürfnis nach Jod eigentlich nicht vorlag, sondern dieses nur in prophylaktischer Absicht gegen die vor vier Jahren erworbene, zurzeit ganz symptomlose Lues gegeben wurde. Nicht anders lag es in dem folgenden ungleich schwereren Falle:

41jähriger Arzt. Vor sechs Jahren extragenital syphilitisch infiziert. Seit fünf Jahren keine Rezidive. Wiederholt gründlich mit Quecksilber und Jod behandelt. Letzte Quecksilberkur nach Fournier Juli-September 1909. Gleichzeitig Arsazetin nach der Vorschrift von Neisser und Chinin nach der von mir modifizierten Methode von Lenzmann. Seit 10. Oktober Jodglidine, täglich vier Stück. Im November (ungefähr 15. November) leichte Kribbelgefühle im Rücken, welchen kein Wert beigelegt wurde. Ungefähr Anfang Dezember, nachdem 220 Jodglidinetablatten = 11,0 Jod genommen waren, starkes Brennen der Fufssohlen, das nach stärkerem Gehen und in der Bettwärme ganz unerträglich wurde. Objektiv war gleichzeitig fast völlige Aufhebung jeder Schweifssekretion an den Plantae pedis zu konstatieren. In den nächsten Wochen nahm das Hitzgefühl an Intensität und Extensität zu; es ergriff die gesamten Beine; beim Sitzen wurde es an den Nates bemerkt. Auch die Handflächen zeigten, wenn auch in geringerem Grade, diese Erscheinungen von Hitzgefühl und Trockenheit. Die Temperatur war nirgends mefsbar erhöht; doch fühlten sich die Beine wärmer an. Zu dieser Zeit war eine allgemeine Müdigkeit vorhanden; die Beine hatten Zentnergewicht. Jedes Gehen steigerte

die Müdigkeit und rief Brennen hervor; das Gehen wurde infolge der damit verbundenen Anstrengung schliefslich fast vollständig unterlassen. Jede Biegung der Wirbelsäule rief das Gefühl hervor, als ob ein faradischer Strom durch Wirbelsäule, Nates und Beine ginge. Nach fünfminutenlangem Gehen nahm das „Telegraphieren“ einen unerträglichen Grad an. Im rechten Beine traten Schmerzen auf, die speziell beim Sitzen am stärksten waren, beim Gehen und Stehen ganz verschwanden, bei jeder beträchtlichen Beugung des Oberschenkels sich einstellten, nicht genau einem Nervenverlauf entsprachen und besonders heftig waren, wenn der Fufs plötzlich an ein Hindernis stiefs. Am Ischiadikus nichts nachweisbar. Offenbar handelte es sich um Störungen an den Nervenendigungen innerhalb der Muskulatur, beziehungsweise den Muskeln selbst. Herzklopfen (100 Schläge), häufige Angioparesen: halbseitige Gesichtsrötungen, gestörter Schlaf, grofse Aufgeregtheit, dazwischen schwere gemütliche Depressionen, die allerdings durch Tabophobie mitbedingt waren. Sämtliche Reflexe leicht erhöht. Mäfsige Abmagerung. An den Zehennägeln gewahrt man als Ausdruck einer Ernährungsstörung des Nagelbettes das bekannte Phänomen der Querfurchenbildung. Unter Behandlung mit Chinin, Strychnin, Vibrationsmassage und Franklinisation trat von Ende Januar an allmählich Besserung auf. Zuerst schwand die für das Gefühl des Untersuchenden wahrnehmbare Hyperthermie der unteren Extremitäten. Dann zogen sich die Panästhesien der Beine auf die Unterschenkel zurück. Die Panästhesien und vasomotorischen Störungen im Gesicht und an den Händen waren schon sehr bald verschwunden. Ende Februar liefs das brennende Gefühl auch hinsichtlich der Intensität nach; die Schweifssekretion stellte sich ganz allmählich wieder ein. Einen Monat später waren die Reflexe wieder normal. Anfang Mai war das Gefühl des elektrischen Stromes beim Biegen der Wirbelsäule auf ein Minimum reduziert. Anfang Juni war Herztätigkeit, Schlaf und Psyche wieder in Ordnung; die Abmagerung ausgeglichen. Ende Juni ist objektiv überhaupt nichts mehr zu konstatieren. Nur an den Nägeln ist der distale Teil noch gewellt: der proximale bereits wieder normal. Subjektiv bestehen noch leichte, nur gelegentlich sich bemerkbar machende Hitzegefühle auf dem Rücken der Füfse, speziell des linken, und Kribbeln beim Abbiegen der Wirbelsäule. Die Schmerzen im Beine, speziell im rechten, sind noch immer vorhanden; speziell nach Anstrengungen der Muskeln sind sie stärker.[1] Die Besserung ist dabei in der Weise fortgeschritten, dafs sie von vielen Rückfällen unterbrochen war. — Es handelt sich also hier um einen schweren Fall von Jodintoxikation, welcher vor allem unter dem Bilde vasomotorischer Störungen verlaufen ist.

[1] Heute, am 26. IX. 10, sind auch diese verschwunden.

Diese Fälle von Jodvergiftungen nach dem Gebrauch von Jodglidine beweisen, woran übrigens wohl kein Einsichtiger gezweifelt hat, daſs auch die Jodglidine wie alle anderen Jodkaliersatzmittel, lange und reichlich genug gegeben, Jodismus erzeugen kann. Wie bei den Jodalkalien kann die Intoxikation gelegentlich schon nach recht geringen Dosen auftreten. Es gibt dabei nicht nur eine individuelle, sondern auch eine zeitweilige Idiosynkrasie. Es ist jedenfalls wichtig, daſs die Jodvergiftung mittels Jodglidine auch bei Leuten aufgetreten ist, welche Jodkalium anstandslos vertragen hatten. Daraus eine spezielle Idiosynkrasie gegen Jodglidine ableiten zu wollen, dürfte gewagt sein. Die Versuchung läge nahe, später solche Individuen abwechselnd wieder mit Jodkalium und Jodglidine zu behandeln, um zu sehen, ob wirklich vielleicht gerade bei letzterem Präparat Störungen auftreten. Aber abgesehen davon, daſs auch ein positiver Ausfall des Versuches doch nichts beweisen würde, halte ich es nicht für erlaubt, Patienten durch noch dazu bezüglich ihres Wertes so fragwürdige Versuche zu gefährden. Die in den beiden Nervenfällen gegebene Menge Jod war 7,5 und 11,0 und entsprach etwa 9,8 und 15 Jodkalium. Wie gering diese Mengen sind, ersieht man am besten, wenn man berücksichtigt, daſs die Verordnung dreimal täglich einen Eſslöffel 8 Jodkalium auf 200 Wasser etwas ganz Gewöhnliches ist.

Ich möchte mein Urteil über Jodglidine in folgenden Sätzen zusammenfassen: Jodglidine ist ein im allgemeinen gut, wenn auch etwas langsamer als die Jodalkalien bei Syphilis wirkendes Präparat. Intoxikationserscheinungen ruft es etwas weniger oft hervor; doch werden Akne, Coryza, Intestinalaffektionen und nervöse Störungen nicht so selten beobachtet. Wenn es also auch ein recht brauchbares Mittel ist und in gewissen Fällen, wo andere Jodpräparate nicht vertragen werden, zweifellos versucht werden kann, auch dort vielleicht ein Spezialanwendungsgebiet hätte, wo der Körper möglichst wenig Salz erhalten soll, so kann doch dem uneingeschränkten Lob, wie es sich vor allem in einigen Kalendern und Abrissen findet, nicht zugestimmt werden. Ich kann mich auch dem Urteile von Seifert und Imhoff, daſs es geschmacklos sei, nicht anschlieſsen; im Gegenteil: es besitzt einen ziemlich scharfen, an Senföl erinnernden, für viele direkt ekelhaften Geschmack. Der Behauptung von Zieler, daſs es nur bei starker Jodidiosynkrasie Jodismus auftreten lasse, muſs entschieden widersprochen werden.

Aus der Praxis.

Aus Dr. DREUWS Poliklinik für Haut- und Harnleiden.

Technische Miscellen.

Von

Dr. DREUW - Berlin.

In der ärztlichen Praxis spielen Kleinigkeiten, namentlich technischer Natur, manchmal eine grofse Rolle. Ich möchte daher im folgenden einige technische „Kleinigkeiten" veröffentlichen, von der Erwägung ausgehend, dafs diese hier und da von Nutzen sein können.[1] Wahrscheinlich werden die kleinen Handgriffe und wurden sie schon angewandt, ehe dieser Aufsatz erschien; für mich sind sie jedoch insofern neu, als ich ihre Anwendung weder beschrieben noch praktisch ausgeübt gesehen habe. Es handelt sich lediglich entweder um Verbilligung oder Vereinfachung oder gröfsere Bequemlichkeit bisher bekannter Mafsnahmen.

1. Zungenspatel aus Holz. Das beste, sauberste, bequemste Mittel, um Salben auf dem Körper zu verreiben. Werden nach jedesmaligem Gebrauch weggeworfen, daher bester Ersatz für den unsauberen, immer wieder und wieder verwendeten Pinsel.

2. Lange Fleischerhölzer. Werden mit Watte umwickelt und dienen zu Mundpinselungen, zur Bepinselung oder Betupfung blutender oder entzündeter Stellen in der Urethra (Colliculuskaustik) und zum Betupfen kleiner Stellen des Körpers mit Salbe. Diese Hölzer sind bei jedem Fleischer für einige Pfennige zu kaufen. Der Fleischer benutzt sie zum Durchspicken der Wurst.

3. Sofortige Beseitigung der Verstopfung der Pravazkanülen ohne Anwendung eines dünnen Drahtes. Die Verstopfung kommt namentlich häufig bei Hydrargyrum salicylicum - Injektionen vor. Die Pravazspritze wird vollständig mit der zu injizierenden Flüssigkeit gefüllt. Nun bringt man mit dem Daumen, Zeige- und Mittelfinger der linken Hand die Kanüle umgekehrt in die Ausflufsöffnung der Spritze, so dafs

[1] Welchem Praktiker ist es z. B. nicht schon passiert, dafs er beim Injizieren einer Hydrargyrum salicylicum-Emulsion alles sehr schön vorbereitet hatte, nur versagte im letzten Moment die Spritze, da die Kanüle sich durch ein kleines Partikelchen verstopfte, so dafs der Patient entweder warten oder am anderen Tage wiederkommen mufste.

also die Kanüle im Innern des Glascylinders der Spritze liegt. Die Kanüle wird fest angepreſst und dann mit dem Daumen der rechten Hand auf den Spritzenstempel gedrückt. Die in der Spritze befindliche Flüssigkeit passiert dann die Kanüle in umgekehrter Richtung und treibt das verstopfende Material heraus.

4. Billiger und bequemer Kathetersterilisationsapparat. Ein gewöhnlicher Fischkocher. Das innere, auf zwei Füſsen ruhende Gestell wird umgekehrt wie beim Fischkocher gestellt, so daſs also die durchlöcherte Platte oben liegt. Auf diese legt man die Katheter, die dann bequem nach der Dampfsterilisierung zu entnehmen sind.

5. Eierbecher aus Porzellan. Billiges und sauberes Aufsaugeglas und Mischglas für medikamentöse Flüssigkeiten.

6. Improvisierte Beleuchtungsquelle für cystoskopische und urethroskopische Untersuchungen auſserhalb des Hauses. Man zerlegt zwei der billigen elektrischen Taschenlaternen, die meist aus drei Elementen bestehen, bringt mittels kleiner Drähte die Elemente in Längsschaltung und prüft, ob nach Einschaltung von zwei, drei, vier, fünf oder sechs Elementen das Mignonlämpchen glüht.

7. Einmachegläser. Bequemer und billiger Behälter für Watte, Tampons, Verbandstoffe, zur Aufbewahrung von Spritzen in antiseptischen Lösungen usw.

8. Hackenpincette. Ersatz für Epilationspincette, besonders, wenn viele Haare zu epilieren sind.

9. Dünnes Bleirohr. Zur leichten Versteifung der Nélatonkatheter.

Ich habe diese sicherlich einem Teil der Standesgenossen bekannten Methoden gesammelt, um sie allgemein bekannt zu geben und in der Erwartung, daſs diese praktische Notiz beitragen wird, daſs die in Lehrbüchern vielfach nicht zu findenden praktischen „Kniffe“, auf welche man in der Praxis manchmal erst nach langer Zeit kommt und von denen jeder Arzt je nach seinen Erfahrungen einige auf Lager hat, auch von anderer Seite in kurzer Form zum Nutzen der Allgemeinheit bekannt gegeben werden. Möglicherweise entschlieſst sich die Redaktion, unter dem obigen Titel die einlaufenden Mitteilungen zu sammeln.

Versammlungen.

82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 18. bis 24. September 1910 in Königsberg i. Pr.

Kongrefsbericht von Dr. W. Schneider-Königsberg i. Pr.

Seit 50 Jahren wieder zum erstenmal fand die diesjährige Naturforscher- und Ärzteversammlung in Königsberg i. Pr. statt. Wenn die hier tagenden Kongresse keine so grofse Besuchszahl an Teilnehmern aufweisen wie an anderen Orten, so liegt das an der geographischen Lage der Stadt, die so weit abseits von dem allgemeinen Verkehr liegt. Immerhin war die diesjährige Versammlung recht stattlich besucht, und das war dem Umstande zu verdanken, dafs jetzt hier zum erstenmal in gröfserem Mafsstabe über die epochemachende Entdeckung Ehrlichs, sein neues Arsenpräparat 606, debattiert wurde. Und so zählten wir denn diesmal nicht nur Deutsche, sondern auch eine Menge auswärtiger Ärzte zu unseren Gästen, Gelehrte aus Frankreich, Rufsland, Japan, Amerika usw. Für gesellige Veranstaltungen nach des Tages Arbeit und für Ausflüge war von seiten des Komitees in ausreichender Weise Sorge getragen, und da wir wenigstens in den ersten Tagen der Woche sonniges Wetter hatten, wenngleich auch schon in diesem Jahr der Herbst mit seinen kühlen Abenden besonders früh eingesetzt hatte, so hoffen wir doch, dafs unsere Gäste sich bei uns auf der diesjährigen Tagung wohlgefühlt und dauernde gute Erinnerungen heimgenommen haben.

Da die für zukünftige derartige Kongresse in Betracht kommende Stadthalle noch im Bau ist und erst in Jahresfrist eröffnet werden soll, so fanden die grofsen Hauptsitzungen in der Festhalle des Tiergartens, die Sitzungen der dermatologisch-syphilidologischen Abteilung in der Universität statt.

Das gröfste Interesse, wie gesagt, beanspruchte Ehrlichs Erfindung, auf die Neisser zunächst in einer Gesamtsitzung der medizinischen Hauptgruppe am 20. September in seinem Vortrag „Über Syphilistherapie“ zu sprechen kam, wobei er etwa folgendes ausführte:

Wohl bei keiner Krankheit hat die Forschung der letzten Jahre so viel Fortschritte zu verzeichnen wie bei der Syphilis, alle epochemachenden Entdeckungen gehören der allerjüngsten Zeit an, so die Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn und Hoffmann, die experimentelle Übertragung auf Affen durch Metschnikoff und Roux, die Wassermann-Bruck-Neissersche Reaktion und die Einführung der organischen Arsenpräparate in die Therapie durch Ehrlich. Durch die experimentellen Forschungen wissen wir, dafs eine möglichst frühzeitig einsetzende Behandlung den Krankheitsverlauf am günstigsten beeinflufst, dafs es ferner keine Immunität bei Syphilis gibt, die nur scheinbar bei nicht ausgeheilten Individuen vorkommt, ebensowenig eine künstliche Immunisierung oder eine Serumtherapie. Als Prophylaxe nach einem verdächtigen Coitus empfehlen sich Einreibungen mit Kalomelsalbe oder noch besser mit der von Neisser und Siebert hergestellten sublimathaltigen Desinfektionssalbe. Ist der Primäraffekt da, so möge man sofort mit einer Allgemeinbehandlung beginnen. Die so vorzügliche Quecksilbertherapie wird nun noch durch die organischen Arsenpräparate übertroffen, speziell das Arsenobenzol Ehrlichs, das nicht nur spirochätentötend wirkt, sondern auch antitoxische Stoffe erzeugt. An Schnelligkeit in der Wirkung ist es dem Hg überlegen. Bei der Kürze der Zeit, seit

der 606 im Gebrauch ist, sind natürlich noch viele Fragen ungelöst. Wir kennen nicht seine Maximaldosis, nicht die Kombination mit Quecksilberkuren. Trotzdem ist seine möglichst ausgiebige Anwendung wünschenswert, schon um den gefährlichsten Folgekrankheiten der Lues, der Tabes und Paralyse, nach Möglichkeit vorzubeugen. Auch bei der Sanierung der Prostitution und zur Verhütung familiärer Syphilis wird das Mittel von unschätzbarem Wert sein, so dafs die Hoffnung besteht, die Zahl der Syphilitischen herabzudrücken. Wenn man die Syphilis mit Recht als eine Geifsel der Menschheit bezeichnet, so mufs man Paul Ehrlich einen Wohltäter der Menschheit nennen.

Im Anschlufs an diesen Neisserschen Vortrag sprach Ehrlich, von ungeheurem Beifall der Versammlung begrüfst, einige Dankesworte, die er in erster Linie Neisser widmete, dann aber auch seinen übrigen Mitarbeitern, ohne die er sein Ziel nicht erreicht hätte.

So viel über dies Thema aus der allgemeinen Sitzung.

Die Sitzungen der dermatologisch - syphilidologischen Sektion hatten bereits am Tage vorher, am 19. September, mit einer Ansprache von Caspary begonnen, in der er der grofsen Fortschritte in den letzten 50 Jahren, seit denen der Kongrefs nicht mehr in Königsberg getagt hatte, auf unserem Spezialgebiete, speziell auf der Syphilisforschung, gedachte.

Als erster Redner sprach Petersen über die Verbreitung des **Lupus vulgaris in Rufsland.** Aus seinem Vortrag ging hervor, dafs sich ein Unterschied in der Verbreitung der Krankheit nur in bezug auf Land und grofse Städte bemerkbar mache, indem die Städte weniger Lupuskranke aufweisen, während Klima, Bodenverhältnisse und Industrie ohne Einflufs auf die Häufigkeit sind.

Galewski zeigt **Moulagen von Kraurosis penis, Erythrodermia exfoliativa universalis und benignen Sarkoiden,** die auf Arsen abgeheilt sind.

Delbanco stellt eine neue **Tuberkulidform,** ein „corymbiformes Tuberkulid" vor und referiert über Analdiphtherie bei einem Patienten mit Di-Bazillen im Munde, so dafs er eine Faecesinfektion mit in Erwägung zieht; dann zeigt er Aquarelle und Photographien von Kraurosis glandis et praeputii penis und einen Fall mit Gilchrists Dermatose (Sektionspräparat) im Gesicht; die in den Erweichungsherden, liegenden vermeintlichen Hefezellen liefsen sich wieder auf degeneriertes Elastin zurückführen.

Joseph empfiehlt ein von Kaufmann hergestelltes **Schwefelpräparat,** das Triphenylstibinsulfid, das im Gegensatz zu dem sonst gebräuchlichen Sulfur praecipit. zu 10% wasserlöslich ist und nach Einfetten des betreffenden Körperteils mit Öl in statu nascendi wirkt. Im Gegensatz zu der in der darauf folgenden Diskussion empfohlenen Sol. Vlemingk ist es reiz- und geruchlos.

Grouven demonstriert einen schweren Fall von **Pemphigus** mit Beteiligung der Schleimhäute und Bindegewebsschrumpfung in Mund, Nase, Cornea und Conjunctiva. Das Ehrlichsche Präparat 606 beeinflufste zwar nicht die Schrumpfungsprozesse, bewirkte aber eine Gewichtszunahme und ein milderes Auftreten der Rezidive.

Callomon erwähnte einen Fall von **Epidermolysis bullosa hereditaria** aus seiner Praxis.

Eine interessante Debatte entspinnt sich im Anschlufs an die Untersuchungen Ledermanns über den häufigen positiven Ausfall der **Wassermannschen Reaktion bei psychischen Störungen im Kindesalter,** ein Beweis dafür, wie häufig die Lues als Ursache derselben anzusehen ist. Bei dieser Gelegenheit erwähnt Schindler die in der letzten Zeit öfters hervorgehobene Tatsache, dafs dasselbe Blut von ein und demselben Patienten, an verschiedenen Instituten untersucht, verschiedene Reaktionen gegeben habe. Dies beruhe auf mangelhafter Technik der Untersucher und Ver-

schiedenart der Reagenzien und habe bedauerlicherweise das Zutrauen zu der WASSERMANNschen Reaktion erschüttert. Dem müfste entschieden abgeholfen werden, entweder durch staatliche Zentralisation oder einheitliche Lieferung des Extraktes. WASSERMANN selbst erklärt, dafs bei den in seinem Laboratorium angestellten Untersuchungen stets richtige Ergebnisse herauskämen. Aufser der mangelhaften Untersuchungstechnik und der schlechten Reagenzien seien die vielen Modifikationen seiner ursprünglichen Methode schuld, die fälschlicherweise zum Teil unter seinem Namen gingen, wogegen er sich energisch verwahrt; es gibt eben nur eine WASSERMANN-NEISSER-BRUCKsche Methode. Eine staatliche Herstellung des Extraktes wird undurchführbar sein. Daher hat sich WASSERMANN entschlossen, die Reagenzien in einer Fabrik nach seiner genauen Angabe und unter seiner Aufsicht herstellen zu lassen. Sollten sich seine Versuche als brauchbar herausstellen, so würde das Arbeiten nach genauen Angaben einfach und einheitlich sein, so dafs man dann auf sichere Resultate rechnen könne. Dann erwähnt WASSERMANN noch die wenig bekannte Tatsache, dafs das Colostrum syphilitischer Frauen eine positive Reaktion gibt, und empfiehlt dessen obligatorische Untersuchung bei Ammen.

Schliefslich berichtet noch SAALFELD über günstige Erfolge von der **Opsoninbehandlung bei Akne.**

In der Sektionssitzung des zweiten Tages kommt SCHERECHEVSKY-Göttingen auf seine **Kulturversuche der Spirochaeta pallida auf Pferdeserum** zu sprechen. Auf diese Weise wird wohl ein Wachstum der Spirochäten erzielt, aber keine Übertragung derselben auf Tiere. Vortragender sieht den Mifserfolg der Tierimpfung in einer erst durch die Züchtung entstandenen Avirulenz; UHLENHUTH und J. SCHERESCHEVSKY-Petersburg dagegen halten infolgedessen die Kulturspirochäte nicht für den Syphiliserreger.

Dann berichtet UHLENHUTH über seine Experimente von **Kaninchensyphilis.** Die an den Testes ausgeführten Impfungen haben zu Skrotalgeschwüren, Lymphadenitis, Orchitis und Periorchitis geführt. Die Spirochaeta pallida kann in den Krankheitsprodukten nachgewiesen werden, ebenso gelingt eine Weiterimpfung mit den erkrankten Organen. Sekundäre spezifische Augenerkrankungen traten nach Impfung und Erkrankung der Hoden auf. In der erst am letzten Tage stattfindenden Diskussion über diesen Vortrag erwähnt GROUWEN das Zustandekommen eines serpiginös fortschreitenden Infiltrats im Anschlufs an eine Skrotalimpfung, das sich auf eine Injektion von 606 zurückgebildet hat, während NEISSER auf die merkwürdige Tatsache hinweist, dafs beim Kaninchen nur Impfungen am Scrotum und Auge positiv ausfallen.

Nach dem Vortrage UHLENHUTHS kam es dann in der Aula der Universität zu der interessantesten Sitzung des Kongresses, zu der Diskussion über das **EHRLICH-HATAsche Arsenpräparat „606“.** Die Aula war, wie vorauszusehen, so dicht besetzt von Zuhörern, dafs viele den Nachmittag über stehend den Verhandlungen beiwohnen mufsten. Obgleich NEISSER, der der Sitzung präsidierte, die Redner bat, sich nur auf das Notwendigste und möglichst auf Neuigkeiten zu beschränken, dauerte die Debatte doch fast drei Stunden. Zunächst gab

EHRLICH, wieder von grofsem Beifall begrüfst, ein kurzes Resümee über die bisherigen Erfahrungen mit seinem Präparat. Die spezifische Wirkung erhellt aus dem Schwund der Spirochäten 24 bis 48 Stunden nach der Injektion, die antitoxische Eigenschaft daraus, dafs syphilitische Kinder, deren Ammen mit „606“ behandelt waren, ihre Erscheinungen verlieren, sowie daraus, dafs die Syphilide von Patienten, die mit dem Serum von anderen, die mit „606“ injiziert waren, behandelt waren, zum Schwunde kamen. Da aber derartig behandelte Kranke nach dem Rückgang der Erscheinungen wieder einen Ernährungssturz bekommen, so ist damit die Unzulänglichkeit einer der-

artigen Behandlung erwiesen und lieber gleich eine Injektion mit „606“ zu empfehlen. Die positive WASSERMANNsche Reaktion geht nach der Behandlung zuweilen in eine negative über, um dann später wieder positiv zu werden; die negative Phase ist wohl ein Beweis für eine geringe Anzahl der Spirochäten, die bei ihrer Vermehrung erst wieder einen positiven Ausfall bedingen. Unbekannt ist bis heute die Frage der Dauerheilung sowie die Maximaldosis. Dagegen ist auf Grund der bisher bei EHRLICH eingelaufenen 10000 Berichte über das Mittel wohl eine Gefährdung durch dasselbe höchst unwahrscheinlich, weil unter diesen nur ein direkt, jedenfalls durch die Injektion verschuldeter Todesfall vorgekommen ist. Welches die beste Injektionsmethode ist, darüber gehen die Meinungen noch auseinander. EHRLICH warnt vor Anwendung des Mittels bei Herz- und Gefäfserkrankungen sowie bei vorgeschrittener Paralyse. Diese Kranken bleiben unbeeinflufst, wenngleich die Reaktion auch andauernd negativ werden kann. In den eingelaufenen Berichten finden sich auch Heilungen bei Framboesie, Hühnerspirillose, Recurrens, Malaria und Variola.

Die nach EHRLICHS mit grofsem Beifall aufgenommen Ausführungen zu Worte kommenden Redner berichteten ausnahmslos über günstige Erfahrungen, die sie mit dem Präparat gemacht haben. Das Resümee der Diskussion war, dafs das Präparat unschädlich ist, in den meisten Fällen von Lues schnell und geradezu verblüffend wirkt, auch in Fällen, in denen das Quecksilber versagt hatte, dafs aber, wie EHRLICH es auch schon betont hatte, über eine Dauerheilung bei der jetzigen Dosierung sich noch nichts Bestimmtes sagen läfst.

Als erster der Diskussionsredner nach EHRLICH spricht ALT. Aufser seiner glänzenden Wirkung auf Syphilide empfiehlt er einen Versuch im ersten Stadium der Paralyse und bei Tabikern, bei denen er eine Linderung der Schmerzen sowie Wiederkehr der Patellarreflexe und Schwund der Akkommodationsstörungen beobachtet hat. Allerdings wird das Präparat bei diesen Krankheiten in erster Linie als Prophylaktikum durch energische Bekämpfung der Lues in Betracht kommen. SCHREIBER injiziert bis 0,6, eventuell zweimal in vier Wochen, ohne schädliche Wirkung für den Patienten. Eine Lokalbehandlung der Primäraffekte und Kondylome soll dabei nicht aufser acht gelassen werden. IVERSEN geht sogar bis 0,8 und behandelt auch Malaria mit „606“. WECHSELMANN hebt die günstige Wirkung auf die Lues maligna hervor; Schädigungen von Herzkranken oder Sehstörungen hat er nie beobachtet, dagegen lokal zuweilen Gewebsnekrosen. ORTH legt zwei Präparate von Sektionsbefunden von zwei zufällig nach der Injektion gestorbenen Patienten vor: Die lokalen Veränderungen bestehen aus Erweichungsherden, in denen sich kein Eiter, sondern abgestorbenes Muskelgewebe findet. MICKLEY konstatiert die verhältnismäfsig langsame Reaktion der Roseola auf „606“. Die WASSERMANNsche Reaktion wurde unter 65 Injektionen nur neunmal negativ. UHLENHUTH hat im Tierexperiment auch präventive Wirkung nachweisen können.

Frau MARGARETHE MARGULIES - St. Petersburg spricht über: Wirkung ungenügender Dosen von „606“ im Tierversuche. Seit der Einführung von „606“ in die Menschentherapie ist die Dosierung dieses Heilmittels zur Hauptfrage geworden. Da es bei den Menschen nicht möglich ist, wie bei den Tieren mit der Dosis tolerata maxima den Heilversuch anzufangen, mufs man in der Menschentherapie anfangs ganz geringe Dosen geben, um erst allmählich und vorsichtig dieselben zu steigern.

Folgendes ist ein Bericht über Tierbehandlung mit solchen geringen, ungenügenden Dosen.

Die Versuche waren angestellt mit drei Trypanosomenkrankheiten (Nagana ferox, Dourine und Mal de Caderas) bei den Mäusen und mit drei Spirillen-

erkrankungen: Recurrens (bei Mäusen), Hühnerspirillen (bei Hühnern) und Syphilis (bei Kaninchen).

Die Trypanosomen liefsen sich ziemlich schnell an das „606“ gewöhnen, und wenn man ganz langsam und vorsichtig die Dosen steigerte, verschwanden sie auch nicht mehr mit der Dosis tolerata maxima. Die Parasiten waren „606“-fest geworden. Diese „606“-festen Stämme waren auch fest gegen Arsacetin und Arsenophenylglycin, was von vornherein auch zu erwarten war auf Grund ihrer engen chemischen Verwandtschaft.

Ganz anders aber verhielten sich die Spirillen. Hier war es überhaupt möglich, einen „606“-festen Stamm nur bei der Hühnerspirillose zu bekommen nach einer sehr langen Reihe von Tierpassagen. Dieselben verschwanden auch nicht mehr bei der doppelten Heildosis, hatten sich aber wesentlich in ihren biologischen resp. pathogenen Eigenschaften geändert insofern, als sie nicht mehr dieselbe Virulenz wie der Ausgangsstamm aufwiesen.

Bei den Recurrensspirillen war trotz der 59. Tierpassage gar keine Festigkeit eingetreten, und dieselben verschwanden ganz restlos, wenn man nur die eingespritzte Dosis etwas erhöhte.

Dasselbe gilt auch für die Syphilisspirochäten, welche wir bei den Kaninchen mit ganz kleinen Dosen, die 10—15 mal kleiner als die Heildosis waren, zu beeinflussen versuchten. Nach zwei bis drei solcher Einspritzungen wurde die Zahl der Spirochäten geringer, bis sie endlich nach noch zweimaliger Behandlung vollständig verschwanden, und der Primäraffekt heilte allmählich ab. Dabei waren auch keine üblen Nebenerscheinungen und auch keine Überempfindlichkeit zu beobachten. Dieselbe wurde noch speziell geprüft bei gesunden Mäusen, welche mit wiederholten auf- und absteigenden Dosen gespritzt waren. Die Mäuse überstanden innerhalb zwei bis drei Wochen mehr als die doppelttödliche Dosis, was ein indirekter Beweis für die relativ schnelle Ausscheidung des Mittels sein kann. (Autorreferat.)

Stern injiziert 0,8, nachdem er mit 0,5 einige Mifserfolge gesehen hat. Interessant ist die Beobachtung von Scholtz, der bei fünf Luetikern, die mit dem Serum anderer mit 606 Behandelter injiziert waren, zweimal einen erheblichen, dreimal einen geringeren, aber immerhin noch recht deutlichen Rückgang der Erscheinungen beobachtet hat und derartige Versuche in erster Linie bei hereditärer Lues empfiehlt. Grünfeld erwähnt die enorme Verbreitung der Syphilis in Rufsland — in manchen Dörfern ca. 80% der Bevölkerung — und hofft auf eine energische Bekämpfung der Seuche durch 606. Michaelis injiziert die alkalische Lösung mit demselben Erfolge wie die neutrale Emulsion in die Rückenmuskulatur. Dohi berichtet über günstige Fälle kurz vor seiner Abreise aus Japan. Volk will das Quecksilber nicht vermissen, das nach seinen Erfahrungen manche Erscheinungen schneller als 606 beseitigt. Grouven wendet das Mittel auch bei Pemphigus, Dermatitis herpetiformis und Lichen ruber an; leichte Intoxikationserscheinungen gehen schnell von selbst vorüber. Glück erwähnt die auffallend langsame Wirkung auf Portioindurationen. Friedländer betont die schnelle Heilung gangränöser Ulcera. Citron will Fehlerquellen bei der Injektion durch Neutralisation mit dem wasserunlöslichen Calciumcarbonat vermeiden. Königstein erwähnt als Hauptvorzug die schnelle Wirkung gegenüber dem Hg. Salomon führt die Entstehung der Tertiärprodukte auf die Einwirkung nur weniger Spirochäten zurück, gegen die bereits eine Dosis von 0,5 genügt. Saalfeld hat eine verhältnismäfsig langsame Beeinflussung der papulösen Exantheme gefunden. Ledermann lobt das Mittel bei Aphonie und Ozaena. Joseph empfiehlt nach seinen wie allen übrigen günstigen Erfahrungen möglichst baldige Freigabe des Mittels und allgemeine Einführung in die Praxis. Zu erwähnen wäre noch, dafs Nagelschmidt das

Präparat auch in Fällen von Tabes mit positiver WASSERMANNscher Reaktion anwendet, aber nur in wiederholten kleinen Dosen, da eine grofse schädlich wirkt.

Nach einem kurzen Schlufswort NEISSERS wurde dann die anregende Debatte geschlossen.

Die erste der beiden letzten Abteilungssitzungen eröffnete PETERSEN, in der er über die **Kulturversuche KEDROWSKIs von Leprabazillen auf Pferdeserum** berichtet. Die mit solchen Kulturbazillen geimpften Tiere wiesen massenhafte Bazillen im Blute auf. — Dann kam die **Gonorrhoe** zur Aussprache. SCHINDLER behandelt akute Fälle mit 3—5 %igen Protargolinjektionen und Antipyrinsuppositorien und will auf diese Weise eine bedeutende Abkürzung des Verlaufes erzielen. Die Vaccinebehandlung hat ihm nur in einigen Fällen von Prostatitis gute Dienste geleistet, während er eine vollkommene Rückbildung der Epididymitis nie gesehen hat. Auf diese Therapie kommt nun ARTHUR LEWIN näher zu sprechen. Nur eine aktive Immunisierung verspricht Erfolg. Die Injektion verursacht zunächst leichte Temperatursteigerung und Kopfschmerzen, im Ausflufs und in den Filamenten findet sich eine starke Zunahme der Gonokokken. Im Gegensatz zum Vorredner hat LEWIN keinen Einflufs auf akute Gonorrhoe und Prostatitis gesehen; dagegen ist die Vaccinebehandlung bei gonorrhoischer Arthritis und Epididymitis von Erfolg gewesen, in letzter Hinsicht namentlich insofern, als es nicht leicht zur Bildung von indurativen Prozessen kommt. Jedenfalls sind die Erfolge, wie auch die Diskussionsredner betonen, bei den verschiedenen gonorrhoischen Prozessen unsicher; die Behandlung verdient aber, wie NEISSER hervorhebt, trotzdem bei der so schwer beeinflufsbaren Vulvo-Vaginitis angewandt zu werden. — Dann sprach GALEWSKI über **Säuglingsekzeme**, deren Ursachen in Atrophie der Kinder, exsudativer Diathese, Heredität, Unsauberkeit, ferner in abnorm trockener oder zu fetter Haut zu suchen sind. Bei der Behandlung mufs auf diese Umstände Rücksicht genommen werden. Dicke Kinder sollen weniger Nahrung bekommen, wenig Milch, dafür Suppen und Gemüse, keine Eier oder Butter. Umgekehrt sollen anämische Kinder allmählich eine fettreichere Nahrung erhalten. Daneben mufs man für gute Verdauung sorgen, innerlich ist eventuell Arsen tropfenweise zu verordnen. Bäder sind auch in akuten Fällen empfehlenswert. Die Kinder müssen ferner durch Verbände am Kratzen verhindert werden. Die äufere Behandlung besteht bei nässenden Ekzemen in Puder, Pasten, Resorcinumschlägen und Argentumapplikation, bei trockenen in Salbenverbänden.

Nachdem darauf HEIDINGSFELD Bilder von **Hauthörnern** demonstriert hat, hält STEIN über **Ekzemtherapie** einen Vortrag, der ebenso wie die daran sich anschliefsende Diskussion zeigt, dafs die letzte Zeit auf diesem Gebiet wenig Neues gebracht hat. Redner gebraucht in frischen Fällen Zinkpaste mit Wasserzusatz und Glycerin, event. Tumenol, Lenigallol, Thiol. Von Teerpräparaten bevorzugt er das Pittylen. Seborrhoische Ekzeme reagieren auf Schwefel, psoriasiforme auf schwach konzentrierte Chrysarobinsalben. Für Fingerekzeme eignen sich Einwicklungen mit Emplastrum saponatum. Schliefslich wäre noch die Röntgenbehandlung zu empfehlen. NEISSER schliefst sich im allgemeinen diesen Ausführungen an, hält aber den Wasserzusatz zur Zinkpaste für entbehrlich und hat von den neuen Teerpräparaten keinen Vorteil gegenüber den alten gesehen. Die Verbände sind nach SCHINDLER unnötig, wenn man zur Zinkpaste 1/3 Vaselin zusetzt und darüber pudert. Was die Röntgenbehandlung betrifft, so ist sie nach GALEWSKI bei nässenden Ekzemen kontraindiziert. In solchen Fällen werden nach FRIEDLÄNDER Teerbäder gut vertragen.

Am letzten Tage berichtet v. ENGELMANN über drei Fälle von cystoskopisch diagnostizierten **syphilitischen Harnblasengeschwülsten**, die auf Hg und Jod mit resp. ohne gleichzeitige Lokalbehandlung ausheilten.

HÜBNER zeigt **stereoskopische Präparate der Hautoberfläche**, bei denen sich die charakteristischen Merkmale besonders deutlich hervorhoben. Deshalb eignet sich diese Methode, wie auch NEISSER hervorhebt, gut zu didaktischen Zwecken. SAWADE zeigt die Moulage eines Falles von **idiopathischer Hautatrophie mit Hyperkeratose der Handflächen**; eine ähnliche Hyperkeratose hat DELBANCO bei einem **Lupus erythematodes** gesehen und erklärt sie hier als eine Art Selbstschutz des Organismus.

Soziales Interesse beansprucht der Vortrag von LAUTSCH über die **Lupusbehandlung in Westpreufsen.** Auf Anregung des jetzt in Cöln lebenden Kollegen MEIROWSKY und mit Unterstützung des Vaterländischen Frauenvereins ist ein Ambulatorium für Lupuskranke und aus diesem dann ein Heim entstanden, in dem 20 Patienten Unterkunft finden und mit allen modernen Verfahren behandelt werden. PETERSEN will neben solchen Heilstätten auch Heimstätten errichtet sehen. NEISSER berichtet, dafs in Schlesien die Lupuskranken nur einige Tage in Heilstätten untergebracht und dann ambulatorisch behandelt werden. Für Unheilbare würden Lupusheime, aber auch Lepraheime in Betracht kommen, da eine Ansteckungsgefahr nur gering ist. Dagegen kommen Tuberkuloseheilstätten nicht in Betracht. Wichtig ist die Aufklärung bei beginnendem Lupus.

SCHOLTZ spricht über seine vorläufigen **Versuche mit Thermopenetration.** Durch Kompression und die dadurch bedingte Ausschaltung der Blutzirkulation gelingt eine Erwärmung bis 43° in der Tiefe, wobei die Haut durch Eis vor Verbrennungen geschützt werden mufs. Die Versuche, die noch nicht abgeschlossen sind, zeigen, dafs bei einstündiger Einwirkung Entzündungsprozesse nur unwesentlich beeinflufst werden.

Schliefslich demonstriert noch SOLOWIEFF die Moulagen eines Falles von **Psorospermosis.**

Nach einem kurzen Schlufs- und Dankeswort für die „historischen Tage“ schliefst DELBANCO, der am letzten Tage den Vorsitz führte, die Verhandlungen der Abteilung.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 103, Heft 1. Juli 1910.

Der Band wird eingeleitet durch Nekrologe auf FILIPP JOSEF PICK, den verstorbenen leitenden Redakteur des *Archivs*, vom Herausgeberkollegium, von VEIEL im Namen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und von LUDWIG WAELSCH im Namen seiner Freunde und Schüler; der letztere gibt einen ausführlichen Überblick über den Lebensgang und die wissenschaftlichen Arbeiten und Erfolge des Verstorbenen.

1. **Woraus bestehen die Prostatakörner?** von E. BJÖRLING-Malmö. Allgemein wurde bisher angenommen, dafs die Prostatakörner aus Lecithin bestehen, eine Ansicht, die zurückgeht auf Untersuchungen FÜRBRINGERS vom Jahre 1881. B. weist nun nach, dafs die Reaktionen, die FÜRBRINGER seinerzeit vorgenommen, nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse vom Lecithin durchaus nicht beweisen, dafs die Prostatakörner aus Lecithin bestehen, im Gegenteil teilweise direkt dagegen sprechen. „Da die gewöhnlichen Prostatakörner in Alkohol, Äther oder Chloroform nicht merkbar löslich sind, da sie durch Osmiumsäure nicht geschwärzt und mit Scharlachrot nicht gefärbt werden, könne sie nicht Lecithinkügelchen sein, nicht einmal hauptsächlich aus Lecithin bestehen.“ „Da die in den Leukocyten im Prostatasekret eingeschlossenen, stark

lichtbrechenden Körperchen in Aceton bei gewöhnlicher Temperatur löslich sind und da sie in 70%igem Alkohol unlöslich oder wenigstens schwer löslich sind, können sie nicht aus Lecithin bestehen, sondern sie bestehen wahrscheinlich aus Fett." Die Prostatakörner sind wahrscheinlich Zerfallsprodukte aus Zellen. Verfasser hat eine große Reihe von Versuchen am mikroskopischen Heiztisch und mit Präparaten in vitaler Färbung angestellt und bringt eine Reihe guter Abbildungen aus seinen Befunden, aus denen hervorzugehen scheint, daſs es sich um Abschnürungen handelt, daſs viele von ihnen, vielleicht alle, Teilchen von Leukocyten sind. Leukocyten finden sich nach den Untersuchungen des Verfassers stets im Prostatasekret, soweit dasselbe überhaupt exprimiert werden kann, was in sehr vielen Fällen nicht möglich ist. Dabei schwankt die Anzahl der Leukocyten in weiten Grenzen; ein Unterschied betreffs ihrer relativen Menge bei normaler Prostata, sexuellen Neurasthenien und chronischen Blennorrhoen lieſs sich nicht nachweisen. Verfasser glaubt daher, daſs Leukocyten im Prostatasekret wahrscheinlich nicht einen pathologischen Zustand der Prostata erweisen, auch wenn sie in reichlicher Menge vorkommen.

2. **Über Verbrennungen und Verbrennungstod**, von Th. Spietschka-Brünn. Erfahrungen, die an einem Material von 863 Verbrennungen im Laufe der letzten neun Jahre gesammelt worden. Die klinischen Beobachtungen schlieſsen sich den in den Arbeiten von H. Pfeiffer, Weidenfeld und Zumbusch niedergelegten an. Auch Sp. unterscheidet den eigentlichen Verbrennungstod von dem als Nervenchok bezeichneten, der unter Nachlassen der Tätigkeit des Herzens und der Atmung einzutreten pflegt. Die Apathie des Patienten geht unter zunehmender Somnolenz in tiefen Sopor über; es erfolgt Aufstoſsen und Erbrechen. Unter häufig subnormaler Temperatur und Anurie erfolgt mehr oder weniger bald der Tod.

Auch bezüglich der Ätiologie schlieſst sich Verfasser an die Arbeiten von Weidenfeld an, hat aber die von W. angegebene Methode der Durchspülung der Gewebe nach fünf Versuchen wieder aufgeben müssen, da die Umständlichkeit des Verfahrens, die bedeutende Schmerzhaftigkeit ihn von weiteren Versuchen abhielt, und das dabei erreichte Resultat meist nur in einer Hinausschiebung des Todes besteht. Viel einfacher scheint ihm eine schon vorher von ihm geübte Methode der Behandlung der Intoxikation mittels Injektionen von 100—300 ccm eines „künstlichen Serums", das aus 0,6% Kochsalz und 1—1,2% Natrium bicarbonatum in destilliertem Wasser bestand. (Der Artikel wird fortgesetzt.)

3. **Über Hypotrichosis (Alopecia congenita)**, von Ludwig Waelsch-Prag. Eingehende histologische Untersuchungen der Haut eines 55jährigen Mannes, welcher an Myodegeneratio cordis zugrunde gegangen war. Der Patient ist von Geburt an vollkommen haarlos gewesen, doch wuchs ihm vom 18. Lebensjahre an ein Bart, sowohl Schnurrbart wie Vollbart. Letzterer bedeckte aber nicht die Wangen vollkommen und breitete sich auch nicht auf den Hals aus, sondern begrenzte sich gegen den Unterkiefer zu in einer scharfen Linie, welche vor dem Ohrläppchen beginnend horizontal über die Wange zieht, dann gegen den Unterkiefer zurückkehrend eine Zacke bildet, welche die Spitze gegen das Tuber zygomaticum kehrt, dann den Rand des Unterkiefers kreuzend am Halse unterhalb des Kinns mit der vollkommen symmetrischen Begrenzungslinie der anderen Seite sich vereinigt.

Neben vollkommenem Fehlen normaler Haarbälge und Talgdrüsen finden sich sehr spärlich solche, die in ihrer Entwicklung zurückgeblieben; hier und da Epithelstränge ohne Verbindung zum Deckepithel und manchmal einen kurzen Haarstumpf enthaltend. An den Schweiſsdrüsen alle Übergänge von mäſsiger Erweiterung bis zur Bildung gröſserer Cysten. Vergleichender Überblick über die Literatur des Gebietes.

Die obengenannte Begrenzungslinie des Bartes entspricht genau der Grenzlinie

des Versorgungsgebietes des Trigeminus von den Cervikalnerven. Es haben sich aber keine Anhaltspunkte dafür gefunden, daſs die Haarlosigkeit mit irgendwelchen Prozessen am Nervensystem im Zusammenhang steht.

4. **Ein Fall von Jododerma tuberosum bullosum,** von A. Hoffmann-Berlin. Eine wegen Verdacht auf Syphilis mit Jodkalium behandelte Patientin erhielt innerhalb fünf Tagen 20 g Jodkalium; unter Temperatursteigerung traten Blasen und Wucherungen in der Gegend des Kopfes und der oberen Extremitäten auf. Dazu kam ein enormes, derbes Ödem des Gesichts, das die Züge bis zur Unkenntlichkeit entstellte. Histologische Untersuchungen.

5. **Über Lingua geographica hereditaria,** von E. Klausner-Prag. Fünf Fälle in einer Familie bei Groſsmutter, Mutter, zwei Söhnen und einer Tochter, welche die Ansicht bestärken, daſs es sich um eine angeborene Anomalie der Zungenoberfläche handelt, um so mehr als die Fälle kompliziert waren mit der Lingua plicata. Verfasser möchte annehmen, daſs es sich bei der Lingua geographica um eine angeborene Debilität und infolgedessen erhöhte Reizbarkeit des Zungenschleimhautepithels handelt. Histologische Untersuchungen, welche vorgenommen wurden, zeigten, daſs die über das Niveau der anscheinend normalen Zungenschleimhaut erhabene Randpartie jenen Stellen des Epithels entspricht, an welchen das Ödem und die Spongiose der Epithelzellen das hervorstechendste Symptom darstellt, während dem unter dem Niveau der Zungenschleimhaut gelegenen Zentrum jene Stelle entspricht, wo das Epithel von Leukocyten dicht durchsetzt und zum groſsen Teil abgeschwemmt ist. Genaue Übersicht über die Literatur und Besprechung der verschiedenen Theorien, die zur Erklärung der Lingua geographica aufgestellt worden sind.

6. **Über eine Milzbrandepidemie,** von E: Vollmer-Kreuznach (Bad). Sieben Fälle mit zwei Todesfällen aus einer Lederfabrik, in welcher ausländische Felle verarbeitet wurden. Die Untersuchungen haben den Nachweis von Milzbrandsporen an diesen Fällen ergeben; hervorzuheben ist, daſs die Arbeiter, welche die trockenen Felle zu hantieren hztten, nicht erkrankt sind, sondern Arbeiter, welche mit Fellen in Berührung kamen, die bereits in Wasser eingeweicht waren und in Kalkarsenlösung gelegen hatten. Aus den betreffenden Gutachten des Kreisarztes, des Gewerbeinspektors und des Kreistierarztes werden die wichtigsten Stellen mitgeteilt.

7. **Über lokale Unterempfindlichkeit der Haut,** von C. Kreibich-Prag. In ähnlicher Weise wie K. vor einiger Zeit Fälle von lokaler Überempfindlichkeit der Haut mitgeteilt hat, berichtet er hier von herabgesetzter Empfindlichkeit bestimmter Hautstellen in zwei Fällen von Syphilis. Eine Patientin mit Leukoderma des Nackens bekam durch einen Dunstumschlag eine kleinbläschenförmige Dermatitis, welche die leukodermatischen Flecke frei lieſs, während die dazwischen gelegene Haut dicht mit Bläschen besetzt war. Es gelang experimentell bei derselben Patientin das gleiche Phänomen durch Krotonöl hervorzubringen. Im zweiten mitgeteilten Falle trat bei Einleitung einer Schmierkur ein hellrotes, fleckenförmiges Quecksilbererythem auf, und zwar hauptsächlich an den noch nicht eingeriebenen Stellen des Körpers. Die Erythemflecke traten im groſsen Umkreis um die vorhandenen luetischen Papeln auf; nur bei vereinzelten Papeln betrug die Entfernung vielleicht bloſs 1—2 cm, viel häufiger lag die Papel als Mittelpunkt in einem Erythemkreis mit einem Durchmesser von 5—8 cm. *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XIII, Heft 11. August 1910.

Über Syphilisbehandlung, von Franz Fischer-Berlin. F. glaubt, daſs Enesol, ein lösliches salicylsaures Quecksilber, den von Ehrlich aufgestellten Prinzipien, daſs

durch Arsen die Spirochäten gebunden und nach der Verankerung durch Quecksilber abgetötet werden sollten, vollkommen entspricht; er hält aber das Präparat für zu teuer, wenigstens für seine poliklinische Klientel (Poliklinik von JOSEPH) und hat darum ein ähnliches, billigeres Präparat eines Berliner Fabrikanten, das 1% Hydrargyrum salicylicum und 2% Methyldinatriumarsenat enthält, zu Versuchen benutzt. Leider sind seine Resultate damit keine glänzenden, von 80 Patienten hatte er nur bei 32 die Kur zu Ende führen können, d. h. 30—40 ccm des Präparates in Dosen à 2 ccm injiziert. Nur 18 Patienten zeigten danach keinerlei Erscheinungen mehr und sechs von diesen schon nach vier Wochen Rezidive. Daraufhin hat F. bei 35 Patienten Versuche mit Asurol angestellt, dabei aber so starke Schmerzen, nicht nur an der Injektionsstelle, sondern oft am ganzen Bein und tagelang anhaltend, gesehen, dafs er bei 26 Patienten die Injektionen einstellen mufste. Versuchsweise hat er das Asurol mit Anaestheticis versetzt und ist schliefslich zu folgenden Kombinationen gekommen:

Asurol 1,0	1,0
Alypin nitric. 0,14	0,1
bzw. *Novocain* 0,1 oder 0,14	0,1
Aq. dest. 20,0	10,0

DS. zur Injektion.

Die damit angestellten Versuche ergaben zwar immer wieder Nebenerscheinungen, wie starke Abmattung, Fieber, auch Stomatitis, aber die Wirkung war eine auffallend schnelle. Er möchte darum das Asurol als eine Bereicherung des antisyphilitischen Arzneischatzes empfehlen, obwohl er über Dauererfolge noch nichts aussagen kann.

W. Lehmann-Stettin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1910. Heft 5, 6, 7.

Über eine aus grofsen Kreisen bestehende Trichophytie der Haut, verursacht durch ein noch nicht beschriebenes Dermatophyton, von H. BANG. Dieser Arbeit liegen liegen zwei Beobachtungen zugrunde. Beide Patienten lebten bei Ausbruch ihres Leidens in Amerika. Verfasser schliefst daraus, dafs der Erreger der Dermatose amerikanischen Ursprungs sei. Der Sitz der Dermatose war bei beiden Patienten auf dem Unterleib und den Oberextremitäten; es war nur die Haut befallen, in den Haaren war der Pilz nicht nachweisbar. Die Dermatose bestand aus Papeln, die in grofsen Kreisen angeordnet waren und lebhaftes Jucken verursachten; weder Vesikeln noch Blasen kamen zur Beobachtung. Die Heilung erfolgte unter der üblichen Behandlung.

Der Pilz ist mittels der bekannten Methoden leicht darstellbar. Die Kultur besteht aus einem zentralen Flaum (centre duveté), der von einem breiten, staubigen Saum (aréole poudreuse) umgeben erscheint; darunter liegt ein zartes, purpurfarbenes Mycelium von charakteristischem Aussehen. Der Pilz ist seinen Eigenschaften nach ein Trichophyton megasporon ektothrix. Wegen der Purpurfärbung seines Myceliums nennt Verfasser ihn Trichophyton purpureum.

Das methodische Abschaben der erkrankten Haut als diagnostisches Hilfsmittel, von R. LUTEMBACHER. In der Klinik von BROCQ ist ein neues Verfahren zur Diagnose der Hautkrankheiten ausgearbeitet. L. gibt in der vorliegenden Arbeit eine Schilderung und Wirkungsweise dieses Verfahrens.

Es besteht im Abschaben der kranken Hautelemente und bildet einen teilweisen Ersatz der Biopsie, die nicht immer angängig ist. Man bedient sich dazu einer von

VIDAL angegebenen Kurette. Sie besteht aus einer Stahlspange, die an einem Ende oval ausläuft, hier etwas ausgehöhlt ist und stumpfe Ränder hat. Mit diesem löffelartigen Instrument werden die zu untersuchenden Hautstellen unter geringer Kraftanwendung vorsichtig abgeschabt. Nach jeder einzelnen Schabung mufs man die Haut genau besichtigen; besonders, wenn durch allmähliche Abtragung der oberen Schichten das Corpus mucosum erreicht ist, gilt es, genau festzustellen, ob Purpura oder Hämorrhagie vorhanden sind, ob seröse Flüssigkeit abfliefst, an welchen Stellen der Epidermis und Cutis und in welcher Reihenfolge diese Symptome auftreten usw. Das Vorhandensein von seröser Flürsigkeit läfst sich am besten durch Auflegen von Löschpapier oder feinem Zigarettenpapier feststellen. Man soll aber auch in der gesunden Haut schaben, um sich über deren Reaktionsweise bei den einzelnen Individuen ein Urteil zu bilden.

Durch das methodische Schaben gewinnt man einen raschen Einblick in die Beschaffenheit der Schuppen, wird über ihre Dicke, ihren Zusammenhang untereinander und mit den darunter liegenden Schichten, ihren Feuchtigkeitsgrad, ihre Farbe usw. unterrichtet, und alle diese Angaben ermöglichen schon einen Schlufs auf die zugrunde liegende Dermatose. Auch von der Widerstandsfähigkeit der Schleimschicht und des Papillarkörpers erhält man auf diese Weise Nachricht. Auch das subjektive Verhalten des Patienten beim Schaben läfst sich für die Diagnose verwerten; der Lupus z. B. verursacht beim Berühren und beim Kratzen meistens Schmerzen, selbst wenn das Abschaben, wie die Vorschrift ist, sehr sanft vorgenommen wird. Die weitere Darstellung befafst sich dann mit dem Verhalten der Haut bei ihren verschiedenen Modifikationen. Es wird beschrieben, wie sich die Haut beim Schaben verhält, wenn sie psoriasiskrank, wenn sie parakeratotisch, wenn sie lichenifiziert, wenn die Cutis Sitz eines Ödems ist usw. Hier bringt der Verfasser sehr viele Einzelheiten, die für den Dermatologen von Wert und Interesse sind.

Die Geschichte eines Leprösen, von CH. AUDRY. Eine recht traurige Geschichte. Traurig, weil sie an das Ewig-Menschliche gemahnt, weil sie die Schwäche und die Mängel aller menschlichen Erkenntnis krafs vor die Augen rückt. Ein gesunder Mensch war 1896 in die französischen Kolonien eingewandert, war nach zweijährigem Aufenthalt anscheinend gesund nach Frankreich zurückgekehrt, hatte seinen Militärdienst geleistet, geheiratet, ein gesundes Kind in die Welt gesetzt (1901) und erkrankte nun 1905 unter beträchtlicher Abmagerung an Kopfschmerzen, Schwindel, Anämie, wozu sich später ein bullöser Hautausschlag, ein perforierendes Gaumengeschwür, Lähmung des rechten Nervus facialis, unerträgliche Schmerzen in den Unterextremitäten usw. gesellten. Diagnose: Syphilis. Mit dieser Diagnose schleppt sich Patient durch fünf angesehene Kliniken, wird überall, unter stetem Fortschreiten seines Leidens, mit Hg und JK behandelt und landet endlich 1910 bei AUDRY in Toulouse. Hier derselbe verhängnisvolle Irrtum, bis nach einem Monat A. auf den Gedanken kam, dafs es sich um Lepra handeln könne. Nun war die Diagnose schnell gesichert, denn beide Kubitalnerven waren in grobe, spindelförmige Stränge verwandelt; der Nasenschleim wimmelte von Leprabazillen. Bei geeigneter Behandlung konnte Patient nun wenigstens in kurzer Zeit von seinen unerträglichen Schmerzen befreit werden.

Das einzige Erfreuliche an dieser Krankengeschichte ist, dafs A. den frischen Mut hat, seinen Irrtum öffentlich zu bekennen.

Über das häufige Vorkommen eines sogenannten Ekzems der Finger und der Zehen im Anschlufs an das Ekzema marginatum, von R. SABOURAUD. Das von HEBRA zuerst beschriebene Ekzema marginatum, das in der Leisten- und Oberschenkelgegend auftritt und einen chronischen Verlauf hat, wurde lange Zeit für eine zufällige Lokalisation der Trichophytie gehalten.

S. hat bereits in einer Arbeit von 1907 nachgewiesen, dafs es sich bei dieser Dermatose durchaus nicht um eine Trichophytie, sondern um einen Epidermophyton sui generis handelt. Er gibt an dieser Stelle von neuem eine Beschreibung dieses Parasiten und betont, dafs er häufig an den Fingern und zwischen den Zehen einen intertriginösen Ausschlag verursacht. Auf diese Lokalisation seines Ekzema marginatum hatte auch bereits Hebra aufmerksam gemacht. Nach S. gehört diese Form nicht zu den Ekzemen, sondern zu den Intertrigophytien. — Die Behandlung mit 1%iger Chrysarobinsalbe führt — freilich erst nach längerer Zeit — in den meisten Fällen zur Heilung.

Einige Betrachtungen über die Wirkung des Schwefels in der Dermatologie, von P. Brisson, Apotheker. In einer früheren Abhandlung hat Br. über die Bildung von Schwefelsäure beim Zusammentreffen von Schwefel mit Wasser, Chlor und organischen Verbindungen berichtet und hatte die Umstände aufgezählt, unter denen diese Bildung verlangsamt oder beschleunigt wird. In dieser Arbeit wird das Verhalten des in Fett suspendierten Schwefels in Gegenwart von Chlornatrium studiert; auch die Einwirkung der X-Strahlen auf die Reaktion des Schwefels gegenüber den Fetten, dem Chlor und organischen Stoffen macht Verfasser zum Gegenstand seiner Untersuchung.

Aus dem Ergebnis dieser rein chemischen und etwas theoretisierenden Auseinandersetzungen sei folgendes hervorgehoben: In Gegenwart von Kochsalz oder Serum verwandelt sich der Schwefel in SO_4H_2. Die Schnelligkeit dieser Umwandlung hängt teils von der Temperatur ab und ist bei 40° am gröfsten, teils von der katalytischen Kraft der verschiedenen Stoffe. Auch in einem fettigen Medium vollzieht sich diese Bildung von Schwefelsäure aus Schwefel unter dem Einflufs von Wärme, NaCl oder arseniger Säure. Unter dem Einflufs der X-Strahlen vollzieht sich die Lösung des Schwefels schon bei Zimmertemperatur und bei Anwesenheit geringerer Flüssigkeitsmengen.

Der Schwefel scheint im lebenden Eiweifs unter dreierlei Formen vorzukommen: in kristallisiertem, in kolloidalem und in keratiniertem Zustand; dieser letztgenannte Zustand bildet eine Zwischenstufe zwischen den beiden anderen.

Zur Bakteriologie der Pyodermitis, von W. Dubreuilh und R. Brandeis. Sabouraud hatte in einer früheren Arbeit den Satz aufgestellt, dafs alle Pyodermitiden, die mit Vesikeln oder Blasen einsetzen, den Streptococcus zum Erreger haben, während der Staphylococcus die Ursache der rein pustulösen Hauteiterungen darstellt. Zu dieser Form gehört der Furunkel, zu jener gehören die Impetigo contagiosa und bullosa. Andere, namentlich deutsche Forscher haben diese Sätze teilweise bestätigt, teilweise bestritten. — Die Verfasser haben nun eine gröfsere Reihe verschiedener Pyodermitiden teils mikroskopisch, teils mit Hilfe der Kultur in bezug auf diese Frage untersucht, sind aber auch zu keinem abschliefsenden Ergebnis gelangt. So haben sie bei acht Fällen von Impetigo contagiosa in dem, den frischen, unversehrten Vesikeln entnommenen Serum unter dem Mikroskop fünfmal nur den Staphylococcus gefunden, während in der Kultur sich zweimal nur der Streptococcus nachweisen liefs; andere Male zeigten sich beide Mikrobienarten, wobei bald diese, bald jene Art vorherrschte. Ähnlich ging es ihnen bei anderen Formen der Hauteiterung, so dafs sie am Schlufs die Ansicht aussprechen, dafs sich die beiden nicht gegenseitig ausschliefsen, sondern sehr wohl bei derselben Krankheit nebeneinander bestehen können; nur scheine bei einer gröfseren Reihe von Pyodermitiden der Streptococcus der Haupterreger zu sein.

Favus und Trichophytie bei dem nämlichen Patienten, von E. Bodin. Ein 14jähriger war wegen Favus im Krankenhaus zur Aufnahme gekommen und verweilte hier während eines Jahres mit anderen Kindern, die an Herpes tonsurans litten. In der Folge wurde auch diese Krankheit auf sie übertragen, so zwar, dafs der Favus

sich in der Mitte des Kopfes befand, während die Trichophytie auf den Seitenteilen und dem Hinterkopf blühte.

B. nimmt auf die Arbeiten von Sabouraud und Massini und Bloch Bezug, die gefunden hatten, dafs ein einmal mit dem Achorion, dem Trichophyton gypseum oder dem Mikrosporon lanosum geimpftes Meerschweinchen nach neun Tagen für 18 Monate gegen alle Trichophytiepilze immun sei, meint aber, dafs man diese Befunde, wie seine Erfahrung zeige, nicht auf den Menschen übertragen dürfe.

Lupus im Anschlufs an Masern, von V. Labernadie. Knabe von neun Jahren hatte vor vier Jahren die Masern durchgemacht. Während der Rekonvaleszenz bildeten sich auf der rechten Seite drei, auf der linken ein roter Punkt, die sich allmählich zu Lupusherden auswuchsen. Die Mutter gibt an, dafs der Kranke während seiner Masern viel von einem schwindsüchtigen Mädchen geherzt wurde.

An diese Mitteilung knüpft Verfasser einige Bemerkungen über den Zusammenhang von Masern und Tuberkulose.

Herpes zoster der Perineal- und Gesäfsgegend mit vollkommener Harn- und Stuhlverhaltung, von Parsat. Beginn des Leidens mit schmerzhafter Empfindung in der Perinealgegend und erschwertem Wasserlassen. Dann Ausbruch des Herpes und gänzliche Retentio urinae, die zwölf Tage andauerte; während dieser Zeit erfolgte auch Stuhlgang nur auf Einlauf. Heilung. Verfasser erblickt in dem Herpes die Ursache für die Blasen- und Darmlähmung.

Über den Bau des Nagels, von A. Branca. Es wird vom Nagel des Affen und des Menschen gehandelt. Eine besondere Sorgfalt ist dem Limbus gewidmet, dessen Besprechung die ganze zweite Hälfte der Abhandlung einnimmt. Der Inhalt eignet sich aber schlecht zu einer kurzen Wiedergabe. Wifsbegierige seien daher auf das Original verwiesen.

Beitrag zur Morphologie und zum Wachstum des Sporotrichum Beurmani, von Rispal und Dalous. Das Wachstum des Sporotrichum Beurmani beginnt mit einer Knospe (bourgeon), die sich an einem Ende der Spore innerhalb 22 Stunden bildet. Die Spore enthält einen festen Haufen metachromatischer Körner. Nach 25 Stunden enthält auch die Knospe solche Körner, die in der Spore ein loseres Gefüge annehmen. Solche Körner finden sich auch in einer Anschwellung des wachsenden Myceliumfadens. Nach 48 Stunden fangen die Myceliumfäden an sich zu teilen, wobei von der eben erwähnten Schwellung zwei, seltener drei neue Fäden abgehen. An jeder Bifurkationsstelle zeigt sich ein Körnchen. — Nach 56 Stunden erscheinen an den Enden der Zweige die ersten neugebildeten ovalären Sporen, die aber noch keine Körner enthalten. Dann nimmt die Zahl der jungen Sporen rasch zu, meistens fünf am Ende der Zweige, und auch in ihnen treten jetzt die Körner auf. Wenige Stunden später wachsen auch seitlich aus den Mycelienfäden Sporen heraus, und nach fünf Tagen sind die Fäden mit Sporen dicht besetzt; einzelne von ihnen haben sich auch gelöst und liegen frei im Präparat. Alle Sporen enthalten jetzt gleichfalls viele Körner; doch sind die Körner im Protoplasma der Fäden gröfser. Die Verfasser halten sie für Reservenährstoffe, die mit dem Alter der Pflanze an Zahl und Umfang zunehmen. Am ungefärbten, lebenden Mycelium erkennt man eine Reihe von Vakuolen in welchen je ein rundes, glänzendes Körnchen in rascher, drehender Bewegung sich befindet. — Der Darstellung ist eine Schilderung der angewandten Technik voraufgeschickt.

Die Behandlung der Akne pustulosa mit Vaccinen, von A. Lassueur. A. berichtet über seine Versuche, die Akne pustulosa nach dem Wrightschen Verfahren zu behandeln, und schickt eine Beschreibung dieses Verfahrens, namentlich eine Erklärung seiner Bedeutung voraus.

Durch zahlreiche Versuche war festgestellt, dafs die Bazillen bei Berührung mit Körperserum die Fähigkeit erhalten, die phagocytäre Kraft der weifsen Blutkörperchen zu steigern. Der Stoff, an dem diese Fähigkeit in den Bazillen haftet und den wir noch nicht kennen, wird von Wright Opsonin genannt. — Des weiteren verbreitet sich L. über den opsonischen Index, über die Theorie dieses Verfahrens, über die günstigen Erfahrungen, die man bis jetzt in England und Amerika damit gemacht hat, und teilt schliefslich seine eigenen Beobachtungen bei 20 Fällen von Akne pustulosa mit. In neun Fällen, die mit Komedonen verknüpft waren, konnte er einen günstigen Erfolg verzeichnen, in acht Fällen blieb die Wirkung aus, in dreien erfolgte eine vorübergehende Verschlimmerung. — L. ist bescheiden und vorsichtig genug, dieses mäfsige Ergebnis auf seine noch mangelhafte Erfahrung und Technik zu schieben. — Gespritzt wurden, je nach der Schwere der Fälle, alle fünf bis zehn Tage fünf bis zehn Millionen Aknebazillen und 125 bis 250 Millionen Staphylokokken. Die Einspritzungen waren fast immer schmerzlos; auch kam es zu keiner örtlichen Reaktion.

Die opotherapeutische Behandlung der Sklerodermie, von E. Roques. Verfasser beschränkt sein Thema auf die diffuse und die umschriebene Form der Sklerodermie und bespricht der Reihe nach den therapeutischen Einflufs, den die verschiedenen inneren Drüsen auf diese Krankheit ausüben. Am wirksamsten hat sich immer noch die Schilddrüse erwiesen, die unter 67 Fällen diffuser Sklerodermie vier Heilungen und 32 Besserungen bewirkt hat; unter zehn Fällen von Sclerodermia circumscripta finden sich eine Heilung und sechs Besserungen bei diesem Verfahren verzeichnet. Viel weniger ausprobiert ist die Wirkung der Nebenniere; es liegen erst vier Fälle vor, wo diese Drüse bei Sklerodermie angewandt wurde. In allen vier Fällen, davon der letzte eine persönliche Beobachtung des Verfassers ist, liegt ein gewisser Erfolg vor. Viel weniger Günstiges wird über die Anwendung der Hypophyse und die Geschlechtsdrüsen berichtet, während der einzige Autor, der bis jetzt, auf Grund einer eigenen Theorie, die Mesenterialdrüsen angewandt hat, Schwerdt, in seinen fünf Fällen nennenswerte Besserungen erzielte.

Zum Schlufs empfiehlt Verfasser eine teils gemischte, teils unter den einzelnen Drüsen abwechselnde Organotherapie.

Zur Ätiologie der Psoriasis, von S. Pollitzer. P. setzt sich mit Brocq kritisch auseinander und bestreitet einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Psoriasis und Syphilis.

Die kongestive Wirkung des Jodkalium auf die Elemente der Hauttuberkulose, von Ch. Audry. A. hat nach mehrtägigen Gaben von 4,0—6,0 Jodkalium bei verschiedenen Formen von Hauttuberkulose, wie Lupus vulgaris, Tuberculosis ulcerosa, Lupus erythematodes, Sarcoides, eine kongestive Wirkung, bestehend in einer Rötung rings um die Knoten, beobachtet. Beim Aussetzen des Jodkalium verschwindet die Rötung bald wieder.

Ein weiterer Fall von Sporotrichosis der Haut, von G. Rouvière-Toulouse. Der Fall betrifft eine 57jährige Frau mit Geschwüren auf Brust und Schultern.

Türkheim-Hamburg.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatologische Sektion.

Sitzung vom 21. April 1910.

Elephantiasis als Komplikation von tertiärer Syphilis, von H. G. Adamson. Es wird die Frage aufgeworfen, ob die bei Spätsyphilis nicht ganz seltene Erscheinung von elephantiastischer Verdickung der Haut als eine Folge von komplizierender In-

fektion mit Streptokokken (wie dies bei nichtsyphilitischen Patienten beschrieben worden ist) oder als Wirkung des Syphilisgiftes zu deuten ist. Hierzu wird eine 36jährige Frau mit enormer elephantiastischer Verdickung beider Unterschenkel vorgestellt. Sie ist offenbar vor etwa 18 Jahren infiziert worden und die Serumreaktion hat bei ihr ein positives Resultat ergeben.

Keratosis palmaris et plantaris im Verein mit diffuser Ichthyosis, von H. G. Adamson. Die Patientin, ein 13jähriges Mädchen, hatte die Anomalie schon von der Geburt an dargeboten. Der Fall erinnert an den von Brocq als Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie beschriebenen.

Myxödem bei einer 41jährigen Frau, von G. W. Dawson.

Monilithrix bei einem Knaben im Alter von drei Jahren und neun Monaten, von S. E. Dore. Bei diesem Falle ist namentlich erwähnenswert, daſs der Knabe frühzeitig geboren war, daſs eine hereditäre Disposition ausgeschlossen war und daſs an den affizierten Gebieten des Kopfes eine Keratosis der Follikel drei Jahre vor dem Auftreten der Haaraffektion schon bestanden hatte. Verfasser zieht den Schluſs, daſs diese Keratose die Huxleysche Schicht der inneren Wurzelscheide angegriffen haben dürfte.

Lineärer Naevus ungewöhnlicher Art bei einem 18jährigen Burschen, von S. E. Dore. Die am Oberschenkel lokalisierten Läsionen waren schon im zweiten Lebensmonat aufgetreten und hatten sich seitdem nicht vermehrt. Man hätte sonst an Lichen planus (moniliformis) denken können.

Zwei Fälle zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. In dem einen Falle handelte es sich wohl um hypertrophischen Lichen planus der Stirn (bei einem 51jährigen Herrn), in dem anderen wahrscheinlich um diffuse Sklerodermie bei einem achtjährigen Mädchen.

Lichen planus bei einem Kinde, von J. E. R. McDonagh.

Fall von Dermatitis herpetiformis, von J. E. R. McDonagh. Die Affektion hatte bei dem 17jährigen Knaben etwa vier Monate bestanden und zeigte die von Duhring festgestellten Hauptmomente: Juckreiz, Polymorphie, Chronizität, herpetiforme Verteilung der Läsionen und unbeeinträchtigtes Allgemeinbefinden.

Fälle von Syphilis, an denen sich die Bedeutung der Wassermann-Reaktion darlegen lieſs, von J. E. R. McDonagh. Bei zwei Frauen, welche wiederholt abortiert und nur schwächliche, meist nicht lebensfähige Kinder geboren hatten, dabei aber erst ganz spät klinische Symptome von Lues dargeboten hatten, fand Verfasser eine stark positive Reaktion.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von M. Morris. Die Affektion war an den Armen und Beinen als ein retiformer, an Lichen planus erinnernder Ausschlag lokalisiert und hatte bei dem 50jährigen Manne schon zehn Jahre bestanden. M. stellt die Diagnose auf Parakeratosis variegata.

Lupus erythematosus im Verein mit Erythema iris, von J. H. Sequeira.

Fall von Darierscher Krankheit, von A. W. Williams. Durch die histologische Untersuchung und den Nachweis von Darierschen Körperchen in mäſsigen Mengen dicht unterhalb der Hornzellen wurde die Diagnose des Leidens, das bei dem 19jährigen Patienten seit acht Jahren bestanden hatte, bestätigt.

Sitzung vom 31. Mai 1910.

Lupus vulgaris erythematodes, von S. E. Dore. Das Leiden hatte bei dem nunmehr 73 Jahre alten Mann seit 20 Jahren bestanden und hatte schlieſslich fast das ganze Gesicht und einen Teil des Kopfes ergriffen. Die Diagnose ist durch den mikroskopischen Befund gesichert, sonst würde man trotz einiger Lupusherde geneigt sein, die Affektion für Lupus erythematosus zu halten.

Fall von fast ausschliefslich auf die behaarte Kopfhaut beschränktem Lupus erythematosus, von M. Morris. Betraf eine 29jährige Frau und hatte zuerst sich acht Jahre zuvor gezeigt. Ungewöhnlich war dabei die Anschwellung der Nackendrüsen auf beiden Seiten.

Fall von Lupus erythematosus, von M. Morris und W. Fox. Den Beginn des Leidens führt Patient, ein 57jähriger Seemann, auf Erfrierung der Nase und Ohren auf einer Reise an der Ostküste von Nordamerika zurück. Beide Ohren waren stark atrophiert, doch mag hierbei auch ein Trauma mitgewirkt haben. M. legt bei Behandlung der Affektion ein Hauptgewicht auf ausgiebige Ernährung.

Lupus erythematosus mit Epitheliom, von J. H. Sequeira. Nach neunjährigem Bestehen des Lupus erythematosus entwickelte sich sehr plötzlich im Laufe von drei Wochen, der Zwischenzeit zwischen zwei Besuchen, ein Epitheliom auf der Wange dicht am Mundwinkel. Nach alsbaldiger Exzision trat ein rasch wachsendes Rezidiv hervor.

Lupus erythematosus von elfjähriger Dauer mit Lokalisierung auf der Kopfschwarte, von J. H. Sequeira.

Lupus erythematosus mit Sklerodaktylie, von J. H. Sequeira. Die 47jährige Patientin hatte an ausgedehnten tuberkulösen Abscessen am Halse gelitten. Die Affektion der Finger war teilweise sehr stark ausgeprägt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

Juni 1910. Nr. 2.

Die Rhinitis chronica bei der Syphilis der Kinder und ihre Folgen beim Erwachsenen, von Adolfo de Marco. Der Verfasser teilt vier Krankengeschichten mit, welche die verschiedenen Stadien der Rhinitis syphilitica illustrieren, das Stadium der einfachen Perichondritis, die gummösen perforierenden und die gummösen ulcerativen Formen. Mikroskopisch hebt der Verfasser besonders die vorhandenen Gefäſserkrankungen hervor.

Weiteres über Sporotrichosis, von Roberto Campana. Campana führt in diesem Aufsatze seinen kritischen Standpunkt, den er der Sporotrichose gegenüber einnimmt, weiter aus. Bekanntlich will der Verfasser die Sporotrichose mit denjenigen Affektionen identifizieren, denen sie nach Aussage der Autoren, die sie beschrieben haben, ähnlich sieht. Er glaubt, die Fälle, die jetzt für Sporotrichose gehalten werden, seien Fälle von ätiologisch nicht ganz klaren Gummen, von tuberkulöser Entzündung, die oft durch Jodkalium und Jod gebessert werden und von chronischen, septischen, nicht gut identifizierten Entzündungen, über welche die Zeit Klarheit bringen würde. Nach Mitteilung der Krankengeschichte zweier Fälle, von denen einer dem skrophuloiden Typus, der andere dem verrukösen angehörte, geht er zu einer Kritik der mikroskopischen Befunde beim sporotrichösen Granulom über, dem er jede Spezifizität abspricht, um zuletzt auf seine experimentellen Versuche einzugehen. Es wurde einem Hunde und zwei Meerschweinchen sporotrichöses Material in die Peritonealhöhle injiziert. Nur ein Meerschweinchen bekam leicht peritonitische Erscheinungen, die anderen Tiere blieben vollständig von Peritonitis verschont. Interessant ist der Versuch, Sporotrichon auf eine Tuberkelbazillenkultur zu überimpfen und beide zusammen in die Peritonealhöhle eines Meerschweinchens zu injizieren. Dasselbe starb nach neun Tagen, wies aber nur ein tuberkelbazillenhaltiges Granulom mit einigen Sporotrichonfäden auf. Der Tuberkelbacillus ist also weniger widerstandsfähig, wenn er mit Sporotrichon vermischt ist. Hingegen machen beide zusammen intensivere Entzündungserscheinungen, als wenn das Sporotrichon allein wirkt.

Besonderheiten der Morphologie und Widerstandsfähigkeit des Leprabacillus bei einigen Kranken mit Lepra nodularis, von Meoni Luciano. Es fanden sich in vielen Präparaten rosagefärbte Herde, in denen die Bazillen ihre Form ganz und ihre Färbbarkeit zum Teil eingebüfst haben. Es hat hier eine Art Selbstverdauung stattgefunden, wie sie bei suppurierenden Prozessen häufig ist. Campana erklärt dies durch eine Trennung des die Farbe aufnehmenden Teils von der Restsubstanz des Bacillus. Dieser Rest ist die Lipoidsubstanz, welche leicht — besonders in Alkohol — vergänglich ist.

Ein schwerer Fall von Syphilis hereditaria mit Autopsie und Studium der verschiedenen Organe. Bei der Autopsie des vierjährigen Kindes fand sich außer den Hauterscheinungen, die einem nodulären ulcerösen Syphiloderma entsprachen, exsudative Meningitis, Verkäsung sämtlicher Hals- und präaortalen Drüsen, Pulmonitis interstitialis, diffuse Splenitis, Hepatitis interstitialis incipiens, Duodenalulcerationen und figurierte Darmulcerationen von papulöser Infiltration umgeben. Nirgends Tuberkelbazillen.

Die einzelnen Organe werden aufs genaueste von verschiedenen Untersuchern (Terzaghi, Garibaldi, Galimberti, Sazella) beschrieben.

Das Heft schliefst mit einem Nachruf Campanas für Mibelli, Róna und Koch.

Gunsett-Strafsburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über Syphilis und Aneurysmabildung, von W. Osler-Oxford. (*Brit. med. Journ.* 27. Nov. 1909.) Zur Geschichte dieses Themas erwähnt O. zunächst, dafs Ambroise Paré schon das Auftreten von Aneurysma bei Syphilitikern beobachtet hat; er erklärte den Vorgang durch die starken Schwitzkuren und andere Mafsregeln, denen die Patienten unterworfen worden waren. Von englischen Militärärzten (Aiken u. a.) wurde wiederholt im Laufe des vorigen Jahrhunderts auf das häufige Zusammentreffen der beiden Affektionen hingewiesen, und seitdem ist, wie Verfasser durch eine Übersicht der Literatur zeigt, die Zahl der Publikationen zu diesem Thema eine sehr grofse geworden. Die anatomischen Veränderungen bei der zu Aneurysma führenden syphilitischen Aortitis beginnen bekanntlich an der Media, und zwar mit Nekrose und Zerfall der elastischen Fasern und nachfolgender Zellinfiltration, wie O. genauer darlegt. Ferner schildert er den Entwicklungsgang der Aneurysmabildung und die klinischen Erscheinungen und gibt einige Statistiken zur Beurteilung der Häufigkeit der Affektion. Diese variiert in den verschiedenen Berichten ganz aufserordentlich; andererseits kann man annehmen, dafs etwa 50 % aller Aneurysmen auf Syphilis zurückzuführen sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Gangrän infolge syphilitischer Endarteriitis, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Lancet-Clinic.* 12. Febr. 1910.) Drei Fälle. 1. Ein Arbeiter von 65 Jahren mit ausgedehnten, aus Gummen entstandenen Ulcerationen an beiden Unterschenkeln bekam feuchte Gangrän des linken Fufses, die sich rasch ausbreitete und in multiplen Stellen bis über das Knie reichte, so dafs die Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels

vorgenommen werden mußte. In der Femoralis fand sich ein Thrombus. Die Gangrän stand nicht still; Patient ging bald an Sepsis zugrunde. 2. 45jähriger Arbeiter wurde, sechs Jahre nach der Infektion, mit ausgedehnten gangränösen Ulcerationen an der Außenseite des linken Ober- und Unterschenkels aufgenommen; unter permanenten Sublimatbädern reinigten sich die Bezirke trotz ihrer Ausdehnung und heilten ab. 3. Im Zentrum eines diffusen Gummas der Unterlippe bei einem 28jährigen Russen entwickelte sich eine Gangrän, die beinahe die ganze Unterlippe zerstörte, aber unter kräftiger Hg-Behandlung und lokalen Sublimatapplikationen abheilte; die Narbe machte hinterher eine plastische Operation nötig. Histologische Untersuchungen. Abbildungen.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der visceralen Syphilis bei Kindern, von Goworow. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1910. Bd. 73.) An der Hand von fünf Fällen visceraler Syphilis bei Kindern im Alter von 6—13 Jahren (zwei Fälle von Lebergummen, je ein Fall von Amyloidleber, parenchymatöser Nephritis und Gumma der Schläfengegend mit Übergang auf das Gehirn) spricht sich Verfasser folgendermaßen aus:

1. Die Syphilis im kindlichen Lebensalter ist meist hereditär;
2. die viscerale Syphilis der Kinder ist keine häufige Erscheinung;
3. dieselbe bietet oft ein diagnostisch unklares Bild;
4. so daß ein jeder Fall genau analysiert werden muß hinsichtlich der Symptomatologie aller Erkrankungen derselben Art;
5. die meisten hereditär-syphilitischen Kinder haben ein hellgraues, erdfarbenes Aussehen;
6. das syphilitische Granulom bei den Kindern gibt ein anderes Bild als dasjenige bei Erwachsenen;
7. Veränderungen im Endothel wie in der Adventitia der Gefäße sind bei Kindern, selbst im gummösen Stadium, selten. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Vielgestaltigkeit der visceralen Lues, von J. Kretschmer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Zur Illustrierung der Vielgestaltigkeit der visceralen Lues berichtet Kr. über fünf einschlägige Fälle.

Bei einem 28jährigen Manne traten fünf Jahre nach einer syphilitischen Infektion unter stark fortschreitender Abmagerung Verdauungsstörungen und heftige, unstillbare Diarrhöen auf; Leber und Milz waren vergrößert, der Harn enthielt $1^1/_2$ ‰ Eiweiß und Cylinder. Eine Quecksilber-Jodkur führte zu vollständiger Heilung. Vermutlich waren multiple Gummata die Ursache der Erscheinungen.

Bei einem 22jährigen Mädchen, das schon seit seiner Kindheit an Gelbsucht litt, fand Kr. Leber und Milz vergrößert, die Wassermannsche Reaktion war positiv. Es handelte sich hier zweifellos um eine kongenital-syphilitische Lebercirrhose (Hepatitis interstitialis); die Therapie — Quecksilber, Jod und Atoxyl — versagte vollständig.

In einem ganz ähnlichen Falle — intermittierende Gelbsucht von Kindheit an und Leberschwellung — wurde in der Annahme, daß durch Hepaticusdrainage der Galle Abfluß verschafft werden könnte, laparatomiert, doch erwiesen sich die Gallengänge als vollständig frei. Die Patientin, die zwei Jahre vorher ein gesundes Kind geboren hatte, starb nach einigen; Tagen bei der Sektion ergab sich eine interstitielle Hepatitis, die nur auf abnorme kongenitale Anlage zurückgeführt werden konnte.

Bei einer anderen, stark abgemagerten, anämischen, 24 Jahre alten Frau, die viermal abortiert hatte und vor einigen Monaten wegen Sarkoma ovarii operiert worden war, fand sich im linken Hypochondrium ein mehr als kindskopfgroßer, kugeliger, respiratorisch verschieblicher Tumor, der entweder eine Sarkommetastase oder ein pseudoleukämischer Milztumor oder aber eine luetische Erscheinung sein mußte. Atoxylinjektionen, Gebrauch von Jodkalium und Röntgenbestrahlungen bewirkten eine

rasch zunehmende Verkleinerung der Geschwulst und Besserung des Allgemeinbefindens; eine zwei Jahre später vorgenommene Wassermannsche Reaktion ergab ein positives Resultat. Unter der Wirkung einer abermaligen Atoxylkur genas die Frau vollständig. Kr. ist überzeugt, daſs auch diese Affektion syphilitischer Natur war.

Bei einer 31jährigen Frau endlich, die drei faultote Kinder geboren hatte, war wegen eines immer wiederkehrenden Ascites das Abdomen im Verlaufe von 15 Monaten 40 mal punktiert worden; die Leber war vergröſsert. Die Patientin wurde laparatomiert und starb nach wenigen Tagen; bei der Sektion fand sich eine syphilitische Zuckergufsleber und Peritonitis chronica adhaesiva luetica.

Aus diesen Fällen geht hervor, daſs die Lues ganz eigenartige Krankheitsbilder in mannigfach wechselnder Kombination hervorrufen kann, und daſs man bei derartigen unklaren, atypischen Symptomenkomplexen stets auch die Syphilis als ätiologisches Moment in Betracht ziehen muſs. Die schwerwiegende Diagnose „viscerale Lues“ ist aber nur da berechtigt, wo nicht nur die Anamnese und auch die Wassermannsche Reaktion sie wahrscheinlich macht, sondern auch die klinischen Erscheinungen nicht anders zu erklären sind. *Götz-München.*

Über erworbene Dünndarmsyphilis, von Eugen Fraenkel-Hamburg. (*Virchows Archiv.* Bd. 199, Heft 1.) Nach einer Literaturübersicht teilt der Verfasser drei Krankheitsfälle mit Sektionsberichten mit. In dem ersten Falle handelte es sich um eine Striktur in der Ileo-Cökalgegend, welche auf Tuberkulose zurückgeführt worden war. Im zweiten Fall hatte die Diagnose auf einen Tumor in der Bauchhöhle gelautet. Im dritten Fall bestanden neben Zeichen einer chronischen Nephritis Symptome einer sekundären Anämie, die auf ein mit Durchfällen verbundenes Darmleiden bezogen wurden.

Die histologische Untersuchung ergab bei allen drei Fällen Infiltratbildung in der Darmwand, die sowohl von der Submucosa, als auch ausnahmsweise in einem Fall von der Mucosa ihren Ausgang nahm, die Wandschichten durchsetzte und zur Verdrängung bzw. zum völligen Untergang der an dem Aufbau der Darmwand beteiligten Elemente führte, so daſs schlieſslich der befallene Teil des Darmes in ein uncharakteristisches Granulationsgewebe umgewandelt wurde, dessen zellige Elemente die Neigung hatten, die in der Darmwand verlaufenden arteriellen Gefäſse bisweilen bis zum völligen Verschluſs zu durchwachsen. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Syphilis des Magens, von Pewsner-Smolensk. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1910. Bd. 73, S. 649.) Beschreibung eines Falles von Magensyphilis, welche bei einem 27jährigen Mann zuerst unter Schmerzempfindung in der Magengrube, dann unter Bildung einer schmerzhaften Geschwulst auftrat und wegen Verneinung von Lues anfangs ein Ulcus rotundum, später ein Carcinom vortäuschte. Ex juvantibus wurde durch Ordination von Sajodin, unter welchem alle subjektiven und objektiven Erscheinungen schwanden, die Diagnose Syphilis ventriculi gesichert.

Arthur Jordan-Moskau.

Ein Fall von syphilitischer Affektion des Pankreas nebst pankreatischem Konkrement im Ausführungsgang, von J. G. Taylor-Chester. (*Lancet.* 18. Dez. 1909.) Der 45jährige Patient hatte bei der Aufnahme seit einem Jahr an nephritischen Erscheinungen gelitten und war sehr erschöpft. Man fand zwischen Nabel und Rand der neunten Rippe einen Tumor, der als Gumma angesprochen wurde, weswegen eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet wurde. Patient ging aber bald unter zunehmender Kachexie zugrunde. Die Autopsie ergab unter anderem zwei Gummigeschwülste im Pankreas und einen kleinen Stein im Ausführungsgange.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von syphilitischer Affektion des Lidknorpels (Tarsitis syphilitica), von PROTOPOPOW. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 10.) Zu den bisher sehr seltenen Fällen von Tarsitis syphilitica fügt Verfasser eine neue Beobachtung. Die betreffende Kranke mit einer Tarsitis des rechten oberen Lides leugnete zwar Lues, aber verschiedene für Syphilis verdächtige Narben, nächtliche Kopf- und Knochenschmerzen, wie die Angabe, dafs von drei Geburten zwei Aborte gewesen waren, legten die Vermutung einer syphilitischen Affektion nahe. Unter einer kombinierten Behandlung mit Hg-Einreibungen und Jodkalium innerlich schwanden alle Erscheinungen.

Arthur Jordan-Moskau.

Heilung von schwer zur Konsolidierung zu bringenden Knochenbrüchen bei Syphilitikern, von C. SOLARI. (*Corriere sanitar.* 30. Jan. 1910.) Der Verf. brachte mehrere Frakturen, welche trotz blutiger Intervention nicht zur soliden Callusbildung zu bringen waren und jedesmal zu Pseudarthrose führten, mit lokalen Injektionen von 1%iger Osmiumsäurelösung zur Heilung. Das Verfahren wurde von NOVARO-Turin angegeben. Bei einer irrtümlich auf Knochentumor zurückgeführten Spontanfraktur des Femur erzielte letzterer durch Osmiumsäureinjektionen vollständige Heilung. Die Fraktur war nicht durch einen Tumor, sondern durch Gummata entstanden. Ermuntert durch diesen Erfolg, wandten NOVARO und seine Schüler die Methode in mehreren Fällen an und erzielten Heilung sogar in einem Falle, bei dem zweimal die Pseudarthose ohne Erfolg operativ behandelt worden war. *Gunsett-Strafsburg.*

Osteomyelitis syphilitica, von ALFRED STAUB-Breslau. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 3.) Fall von eitriger Knochenmarksentzündung im sekundären Stadium bei einem 27jährigen Manne. Es kam zur Bildung eines Knochensequesters; nach mehrmonatiger chirurgischer und spezifischer Behandlung trat Heilung ein.

Schourp-Danzig.

Syphilitische Kontraktur des Sterno-cleidomastoideus auf psychischer Basis, hervorgerufen durch eine Kontraktur a frigore dieses Muskels, von LUCIEN LAGRIFFE. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 114.) Ein Marinesoldat zieht sich infolge Erkältung eine Kontraktur des M. sterno-cleidomastoideus zu, die bald wieder abheilte, dann aber wieder erschien und zu einer dauernden spasmodischen Kontraktur führte. Luetische Antezedenzien hatte der Patient nicht. Die Gründe, weshalb der Autor die Syphilis für dieses Caput obstipum verantwortlich macht, sind im Original nachzulesen, da ihre Darlegung hier zu weit führen würde. *Gunsett-Strafsburg.*

Syphilis und Geisteskrankheiten, von KOWALEWSKI. (*Praktitscheski Wratsch.* 1910. S. 41 und 63.) In dem Vortrage, welchen KOWALEWSKI in einem Fortbildungskursus für Ärzte über Syphilis und Geisteskrankheiten gehalten hat, nennt er als Hauptmerkmale der syphilitischen Neurosen und Psychosen Verwirrtheit, Demenz und Gleichgültigkeit in moralischer Hinsicht. Bei Behandlung der syphilitischen nervösen und geistigen Störungen empfiehlt K. vor allem das Quecksilber neben den sonstigen, allgemein gültigen Behandlungsmethoden dieser Krankheiten, Hebung des Stoffwechsels und der Ernährung. Eine rechtzeitig vorgenommene, entsprechende Behandlung der Syphilis kann bei richtiger Lebensweise die nervösen und geistigen Störungen verhüten; eine längere Zeit fortgesetzte, wiederholte gründliche, spezifische Behandlung kann unter günstigen Umständen die einmal ausgebrochene syphilitische Störung des Nervensystems zum Schwinden bringen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über die Frühsymptome der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von A. CRAMER-Göttingen. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1909. 6. Jahrg., Nr. 24.) Fast jedes wichtigere Symptom der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems kann Frühsymptom sein. Bei der syphilitischen Neurasthenie (JOLLY) und der gewöhnlich rasch

sich entwickelnden syphilitischen Neuritis kann man kaum von Frühsymptomen sprechen.

Für Lues cerebri kann das Schwanken in der Intensität der Erscheinungen Frühsymptom sein, in anderen Fällen sind es Allgemeinsymptome in Gestalt von Benommenheit, Kopfschmerz, Schwindel, seltener Erbrechen und Auftreten einer Stauungspapille. Bei Lues cerebri mit vorzugsweiser Lokalisation an den Gefäſsen kann es plötzlich infolge Blutung zu Mono- oder Hemiplegie kommen. Bei der mehr zentralen und mehr meningealen Form können, je nach Lokalisation der Gummata, einzelne Reiz- und namentlich Ausfallserscheinungen Frühsymptom sein, z. B. Hirnnervenlähmungen.

Bei der Meningitis luetica convexitatis ist auf Mono- und Hemiplegien, die in ihrer Schwere auffällig schwanken, zu achten, ferner auf Ödeme der Kopfschwarte, Empfindlichkeit des Schädels auf Beklopfen.

Bei der Lues spinalis sind neben dem Symptomenkomplex der spastischen Spinalparalyse Erscheinungen von Atrophie, Schmerzen, Paraesthesien, kurz, Radikulärsymptome vorhanden.

Ein Frühsymptom in allen diesen Fällen ist in gewisser Weise auch das Ansprechen auf eine spezifische Therapie.

Sprachstörung ist dagegen häufig Frühsymptom der progressiven Paralyse, lichtstarre Pupille sowohl der progressiven Paralyse als der Tabes. Bei letzteren beiden Krankheiten insbesondere kann jedes der bekannten Hauptsymptome Frühsymptom sein. Wassermannsche Reaktion, Globulinreaktion und Cytodiagnostik finden im Schluſs die ihnen gebührende Würdigung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Symptome der syphilitischen und metasyphilitischen Krankheiten des Nervensystems. (*Morgagni.* 11. Jan. 1910.) Der Artikel enthält keine neuen Tatsachen. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Behandlung der Syphilis und Parasyphilis des Nervensystems, von D'Orsay Hecht - Chicago. (*Med. Record.* 12. Juni 1909.) Die Beziehungen der als Syphilis und Parasyphilis des Nervensystems bezeichneten Erkrankungen zur primären Syphilis sind durch die Serodiagnostik in ein neues Licht gerückt worden, dem wir therapeutisch Rechnung tragen müssen. Doch müssen bei der Anwendung der Specifica Hg und Jod die individuellen Verhältnisse in Berücksichtigung gezogen werden. Dabei dürfen die bisher üblichen Maſsnahmen, wie vor allem die Fränkelsche Übungstherapie bei Tabes, weder vergessen noch auch nur in den Hintergrund gedrängt werden.

W. Lehmann-Stettin.

Die Diagnose der Syphilis bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung a) der cytologischen und chemischen Ergebnisse der diagnostischen Lumbalpunktion; b) der serodiagnostischen Untersuchungen am Blut und an der Lumbalflüssigkeit, speziell bei Tabes und Paralyse, von M. Nonne - Hamburg. (*Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkde.* 36. Band.) Quecksilber wirkt „geradezu spezifisch“ bei Fällen von sog. Pseudotumor cerebri, Hydrocephalus idiopathicus und bei den einen Tumor cerebri begleitenden Fällen von sekundärem Hydrocephalus. Von bislang als charakteristisch für Nervenlues geltenden Syndromen kommen Ophthalmoplegia interna und Pupillenanomalien in Gestalt von reflektorischer Pupillenstarre und Starre der Pupillen bei Lichteinfall und Konvergenz auch bei sicher nichtsyphilitischen vor. Das gleiche gilt von dem angeblichen „Fluktuieren der Symptome“ bei der Nervensyphilis.

Starke Pleocytose der Lumbalflüssigkeit beobachtete Nonne nur bei Paralyse, Tabes, Syphilis cerebrospinalis, Lues congenita und akuten Meningitisformen, einmal auch bei idiopathischem Hydrocephalus. Eine ziemlich starke Lymphocytose kann sich aber auch finden bei Sclerosis multiplex, Tumor cerebri, Hydrocephalus idiopathicus

und posttraumatischer Psychose. Es müssen daher alle klinischen Momente sehr genau erwogen werden.

Eine in der Hitze gesättigte Ammonium-Sulfatlösung fällt in halber Sättigung Globuline und Nukleoalbumine aus und trennt sie so von den Albuminen: „Phase I“. NONNES Statistik über das Vorkommen der Phase I in der Lumbalflüssigkeit ergibt:

1. Dafs bei allen Fällen, wo in erster Linie Pleocytose vorkommt, auch die Phase I vorkommt;

2. dafs auch bei den nicht syphilogenen organischen Nervenkrankheiten, bei denen sich Lymphocytose hier und da fand, Phase I vorkommen kann;

3. dafs die Phase I bei klinisch ausgeheilter Syphilis fehlt;

4. dafs bei funktionellen Neurosen die Phase I fehlt, auch wenn Lues in der Anamnese festgestellt war. In den letzten zwei Punkten liegt die Wichtigkeit dieser Reaktion begründet.

NONNE vergleicht alsdann, wie sich die Resultate erstens der Untersuchung auf Lymphocytose, zweitens der auf Vermehrung der Globuline, drittens der Komplementablenkungsmethode in ihrer Verwertbarkeit für die Diagnose bei den einzelnen Nervenkrankheiten verhalten.

Bei Tabes ist die Komplementablenkungsreaktion im Blut etwas weniger häufig vorhanden als die Lymphocytose und Phase I. In der Spinalflüssigkeit ist die Komplementablenkungsreaktion nur in der Hälfte der Fälle vorhanden.

Bei Dementia paralytica sind meist alle vier Reaktionen vorhanden. Es kommt aber auch vor, dafs nur positive Lymphocytose und Phase I vorhanden sind. In den Fällen, wo alle vier Reaktionen negativ ausfielen, entwickelte sich keine Paralyse.

Für die Diagnose auf Tabes und Paralyse ist Phase I das feinste Reagens. Sie fehlt fast immer da, wo eine organische Erkrankung des Nervensystems noch nicht vorliegt.

Bei Syphilis des Zentralnervensystems fehlt im Gegensatz zu Paralyse die Komplementablenkungsreaktion oft.

Von den nicht syphilogenen organischen Erkrankungen des Nervensystems ist die Pseudotabes alkoholica bei luetisch Gewesenen am schwierigsten. Beim Alkoholismus chronicus simplex ist die WASSERMANNsche Reaktion gleichgestellt der Globulin- und Lymphocytosereaktion, bei Pseudotabes alkoholica nicht so zuverlässig wie die Lymphocyten- und Globulinreaktion.

Die Differentialdiagnose zwischen Hirnlues und Hirntumor ohne Lues, ferner Hirnlues und Hydrocephalus ohne Lues läfst sich auf Grund der Reaktionen nicht sicher entscheiden; nur das Fehlen aller vier Reaktionen spricht zugunsten des Tumors. Eine Sicherheit kommt den neuen Methoden auch bei der Diagnose multiple Sklerose und idiopathische Epilepsie ohne Lues nicht zu.

Ein eingehendes Studium dieser wichtigen Arbeit ist dringend zu empfehlen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Möglichkeit, die Tabes bei den Syphilitikern zu verhüten, von A. BELLINI. (*Corriere sanit.* 1910. Nr. 7.) Der Verfasser bespricht die neuerdings besonders von französischen Autoren vertretene Ansicht, dafs die Tabes dorsalis als die Konsequenz einer vom sekundären Stadium an existierenden latenten chronischen Entzündung der Meningen aufzufassen ist, und empfiehlt, die Kranken energisch im Sekundärstadium antisyphilitisch zu behandeln, bis eine etwa vorhandene Lymphocytose des Liquor cerebro-spinalis vollständig geschwunden ist. *Gunsett-Strafsburg.*

Eine Form von spastischer Spinalparalyse heredo-syphilitischen Ursprungs beim Kinde, von A.-B. MARFAN. (*Presse méd.* 1909. Nr. 81.) M. glaubt nach mehreren

früher beobachteten Fällen und einem neuen, dessen Krankengeschichte er mitteilt, aus der Masse der infantilen spastischen Spinalparalyse diejenigen Fälle, welche Heredosyphilis als Ätiologie aufweisen, sowohl anatomisch als klinisch als besondere Gruppe charakterisieren zu können. Anatomisch handelt es sich immer um eine Myelitis mit Läsion der Pyramidenbahnen, also eine Tabes dorsalis spasmodica. Klinisch hat sie folgende Merkmale: Sie beginnt spät, jedenfalls immer nach dem vierten Jahre, und zwar ganz allmählich. Ein geringes Hinken ist oft das erste Zeichen, zugleich bleibt die Intelligenz zurück. Das ARGYLL-ROBERTSONsche Symptom ist immer vorhanden. Gewöhnlich läſst sich auch Lues in der Anamnese nachweisen. Die Fälle haben eine groſse Analogie mit der von ERB beschriebenen syphilitischen Spinalparalyse, Nur fehlt im Gegensatz zu den ERBschen Fällen die Sphinkterlähmung. Die Prognose ist gewöhnlich trotz antiluetischer Therapie ungünstig. *Gunsett-Straſsburg.*

Syphilitische Paralyse des Nervus trigeminus, von W. G. SPILLER und C. D. CAMP. (*Amer. Journ. Med. Science.* März 1910.) Bericht über einen 35jährigen Neger, der etwa ein Jahr vor der Aufnahme eine Hemiplegie leichten Grades erlitten hatte und mit plötzlich eingetretenen ausgedehnteren Lähmungserscheinungen und namentlich einer ausgesprochenen Lähmung des motorischen Astes des Trigeminus der rechten Seite zur Beobachtung kam. Nach dreitägigem Krankenlager trat der Tod im Koma ein; die Sektion ergab ausgedehnte luetische Veränderungen am Gehirn und Nervensystem. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilisübertragung auf die Haut vom Meerschweinchen, von TRUFFI. (*Biochimica e Ter. speriment.* Bd. 1, Nr. 8.) Die Übertragung gelang, die Erscheinungen traten im ganzen schwächer auf als beim Kaninchen. *Haas-Hamburg*

Übertragung der Syphilis auf das Kaninchen, von MARIO TRUFFI. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 52, Heft 5.) T. bringt hier die Fortsetzung seiner früher schon ausgeführten Versuche, wobei es ihm gelungen ist, das bei einem ersten Kaninchen erhaltene Syphilom sowohl am Scrotum als auch an der Cornea anderer Kaninchen mit Erfolg zu inokulieren. Aus den sieben Serien von Übertragungen sei einiges Beachtenswerte mitgeteilt. Die Gröſse der infiltrierten Zone schwankt, wie dies ja beim primären menschlichen Syphilom auch der Fall ist, zwischen jener eines Stecknadelkopfes bzw. einer Linse und jener eines Zweifrankenstückes. Histologisch zeigt die Läsion genau den Typus des menschlichen Syphiloms. In jedem Falle wurden an den nach GIEMSA gefärbten Präparaten oder an den in frischem Zustande mit Hilfe des Paraboloids untersuchten Präparaten blasse Spirochäten nachgewiesen mit ganz denselben Merkmalen, wie die blaſsfarbigen der menschlichen Syphilome. Die makro- und mikroskopischen Merkmale sprachen somit zugunsten einer Identität der beim Kaninchen erzielten Läsion (bei den Versuchen an der Haut des Scrotums, an den groſsen Lippen und am Supraciliarbogen) mit dem beim Menschen auftretenden Syphilom, ebenso wie zwei weitere Momente: die ziemlich gleich lange Dauer der Inkubationsperiode und das Vorhandensein — auch beim Kanichen — einer lymphatischen Adenitis der regionären Lymphdrüsen des Syphiloms. Der Nachweis von Spirochäten im Gewebe dieser Drüsen ist T., ebensowie OSSOLA leicht geglückt, es gelang ihm aber weiter noch, durch Impfung der Drüse spezifische Affekte hervorzurufen und hierdurch das Infektionsvermögen des Virus in der Drüse nachzuweisen. Das konstante Vorhandensein der Spirochäten in, mitunter vom Infektionsherde weit abliegenden Lymphdrüsen spricht sodann zugunsten einer Diffusion des Virus im Organismus. Ganz positiv möchte sich T. aber bezüglich der Verbreitung der syphilitischen Infektion beim Kaninchen noch nicht aussprechen, da der Nachweis des Krankheitserregers in den inneren Organen (auf Grund histologischer Untersuchung und experimenteller Inokulation) bisher nicht erbracht worden ist. Weiterhin lassen

T. seine Versuche die Annahme gerechtfertigt erscheinen, daſs eine syphilitische Infektion auf kutanem Wege dem Kaninchen eine absolute Immunität gegen neue Impfungen verleibt, und daſs diese sowohl dem Übergangsvirus wie dem menschlichen gegenüber vorhandene Widerstandsfähigkeit sich nicht auf die Haut beschränkt, sondern auch die Hornhaut betrifft. Auch bei Syphilis wäre somit in bezug auf Immunität das Verhalten ein anderes, als das von Kraus und Volk für Vaccine angegebene; wird letztere bei Affen subcutan inokuliert, so wird damit keine Immunität der Cornea erzielt. Die durch positive Impfung erzielte Immunität (gegen Syphilis) ist beim Kaninchen eine anhaltende; sie besteht bei dem ersten von T.s Versuchstieren bereits ein Jahr nach der ersten Inokulation. Schlieſslich sei noch erwähnt, daſs bei sämtlichen corneal und subcutan inokulierten Kaninchen die Wassermannsche Reaktion positiv ausgefallen ist.

Neue Untersuchungen über die Syphilis der Kaninchen, von Mario Truffi. (*Riforma med.* 1910. Nr. 6.) Folgende neue Ergebnisse fand Truffi bei seinen Versuchen:

1. Es gibt keine absolute, sondern höchstens, wie beim Affen und Menschen, eine relative Immunität bei Kaninchen gegen das syphilitische Virus. Es gelangen dem Verfasser vier sukzessive Inokulationen innerhalb zweier Monate. Allerdings hatten die späteren Inokulationen nur leichtere Krankheitserscheinungen im Gefolge.

2. Alle Bemühungen, durch Injektion von Serum eines syphilitischen Kaninchens oder von heredo-luetischer Leberemulsion eine Immunität zu erzeugen, schlugen fehl, im Gegenteil, es zeigten sich bei derartig vorbehandelten Kaninchen relativ schwere Erscheinungen nach einer Inokulation.

3. Inokulation innerer Organe von syphilitischen auf andere Kaninchen waren erfolglos. Hingegen konnte in einem Fall durch Übertragung eines anscheinend gesunden, spirochätenfreien Hodens eines luetischen Kaninchens bei einem gesunden Kaninchen Knötchen erzeugt werden, welche am 22. bis 27. Tage Spirochäten enthielten.

4. Es gelang ihm, syphilitische Manifestationen weit entfernt von der Inokulationsstelle zu erzeugen, und zwar Keratitis und Gummen des Nebenhodens.

5. Durch Übertragung von Fragmenten menschlichen syphilitischen Gewebes in eine Hauttasche des Scrotums gelang es ihm immer, die Kaninchen zu infizieren.

6. Eine Atoxylbehandlung, begonnen am Tage der Inokulation und fortgesetzt während der voraussichtlichen Inkubationszeit, konnte das Auftreten von Syphilomen nicht verhindern. (*Dtsch. med. Klinik.* 1910. Nr. 7.) *Gunsett-Straſsburg.*

Immunisierungsversuche gegen Syphilis beim Kaninchen, von Mario Truffi-Pavia. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 54, Heft 2.) Wenn auch die Ergebnisse der bezüglichen, an Affen angestellten Versuche T. nicht gerade versprechend erschienen, so wollte er es doch nicht unterlassen, auch am Kaninchen, welches sich als empfänglich für das syphilitische Virus erwiesen hat, einige Immunisierungsversuche anzustellen. Dieselben bezogen sich sowohl auf die passive Immunität (mittels Blutserums von seit längerer Zeit syphilitisch infizierten, zurzeit anscheinend geheilten Kaninchen), als auch auf das Zustandekommen einer aktiven Immunität durch subcutane Einführung einer Aufschwemmung heredosyphilitischer Leber. Die eigentliche Impfung wurde beim Kaninchen stets am Scrotum, mitunter auch in der Supraciliargegend, und zwar in Hauttaschen, vorgenommen, die Diagnose der spezifischen Läsionen stets durch die mikroskopischen Untersuchungen kontrolliert. In beiden Serien von Injektionen war das Ergebnis stets ein negatives; es ergibt sich also, daſs, analog dem bezüglich der Affen Nachgewiesenen, die subcutane Einführung von Kaninchenimmunserum bzw. von

menschlichem, an abgetöteten, Spirochäten reichem Material nicht die Macht besitzt, den Organismus des Kaninchens gegen die subcutane syphilitische Infektion zu schützen.

Stern-München.

Neue Syphilisübertragungen auf Kaninchen, von Kolle-Bern. (*Correspondenzbl. f. Schweizer. Ärzte* 1910. N. 12) Nicht in jedem Falle ist es möglich, Syphilis von Mensch auf Kaninchen zu übertragen. Am leichtesten gelingt die Infektion der Cornea, des Hodens und der den Hoden umgebenden Haut. In der Hornhaut tritt eine parenchymöse Keratitis auf; es finden sich zahlreiche Spirochäten in der Hornhaut und im Kammerwasser. Im Hoden kommt es unter starker Vermehrung der Spirochäten durch Erweichung und Einschmelzung des Hodengewebes zu einer chronischen Hodenentzündung. Aufserdem können sich Erosionsgeschwüre mit stark infiltrierten Rändern bilden, die nicht immer bis in das Hodengewebe einzudringen brauchen, und eine starke Vermehrung der Spirochäten in der Tunica albuginea kann eintreten.

Eine Generalisierung des syphilitischen Virus auf den ganzen Körper des Kaninchens ist ein seltene Ausnahme; syphilitische Allgemeinerscheinungen von sekundärem Charakter treten gelegentlich auf. Besonders ist für Kaninchenversuche das Virus von Truffi geeignet. *Schourp-Danzig.*

Untersuchungen über die Wirkung des Quecksilbers und Jods bei der experimentellen Syphilis, von Tomasczewski - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 14.) T. hat Untersuchungen über die präventive Wirkung des Quecksilbers auf die experimentelle Syphilis des Kaninchenauges und über die präventive Wirkung des Jods auf die experimentelle Affensyphilis und die Kaninchensyphilis vorgenommen und ist dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen:

1. Das Quecksilber zeigt bei der experimentellen Kaninchensyphilis eine präventive Wirkung, aber nur bei Anwendung hoher Dosen (der acht- bis zehnfachen Normaldosis); es bleiben in diesem Falle die Krankheitserscheinungen fast immer aus, auch wenn man mit den Einspritzungen schon nach einer Woche aufhört.

2. Das Jod läfst keine präventive Wirkung erkennen. Affen und Kaninchen erkranken innerhalb der normalen Zeit, auch wenn sie vom Moment der Impfung an unter kontinuierlicher, intensiver Jodwirkung stehen. Die syphilitischen Erscheinungen solcher Jodtiere heilen unter Quecksilberbehandlung in kurzer Zeit.

Die Wirkung des Quecksilbers beruht nach T. zum Teil auf der Steigerung der Wehrstoffe des Organismus, zum Teil auf entwicklungshemmenden Faktoren, in der Hauptsache aber auf spezifisch-bakteriziden Eigenschaften. Die Wirkung des Jods ist indirekt, aber nicht näher zu charakterisieren.

Die Feststellung der präventiven Wirkung hoher Quecksilberdosen auf die Kaninchensyphilis legt den Gedanken nahe, in Fällen von Syphilis, die sehr bald nach der Ansteckung zur Behandlung kommen, nach eventueller Exzision des Primäraffektes kurze Zeit hindurch grofse Quecksilbermengen zu verabreichen, vielleicht am besten in Form von Sublimatinjektionen, mit denen bei der Kaninchensyphilis die Präventivwirkung erzielt wurde. *Götz-München.*

Über die Bedeutung des Spirochätennachweises für die klinische Diagnose der Syphilis, von W. Scholtz-Königsberg. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.) Kurze Ausführungen über die diagnostische Bedeutung des Spirochätennachweises und über die drei Methoden, die für ihn zur Verfügung stehen, die Färbung nach Giemsa, die Dunkelfeldbeleuchtung und das Tuschverfahren nach Burri. Das Tuschverfahren hat vor der unsicheren Giemsa - Färbung schon den grofsen Vorteil, dafs man den Präparaten sofort ansieht, ob sie brauchbar sind oder nicht; bei gut gelungenen Präparaten ist die Methode recht zuverlässig. Eitriges Ausgangsmaterial eignet sich nicht

gut für das Tuschverfahren, da ein gleichmäſsiger Grundton meist nicht zu erzielen ist, der Untergrund vielmehr ungleichmäſsig körnig erscheint. Derartige Präparate zu untersuchen, ist nach Sch. nutzlos, es ist vielmehr notwendig, neue Präparate unter stärkerer Verdünnung des Ausgangsmaterials anzufertigen oder sich neues, weniger eitriges Material zu verschaffen. Zur Untersuchung eignen sich wesentlich diejenigen Stellen des Präparates, an denen der Untergrund fast vollständig homogen, gelbbraun oder hellbraun erscheint. *Göts-München.*

Gehirnsyphilis mit Lähmungssymptomen der Medulla oblongata, von K. Keller-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 42.) Verfassers Fall ist wegen des auffallenden Erfolges der antisyphilitischen Heilmethode bemerkenswert, Der 42jährige Patient hatte vor 14 Jahren ein hartes Ulcus. Vor drei Jahren traten plötzlich zwei Wochen anhaltende, hochgradige Schläfrigkeit, Vergeſslichkeit und körperliche Schwäche auf. Heftige Kopfschmerzen blieben danach zurück. Nach einer Schmierkur, Quecksilberpillen und Jodkalium erfolgte Besserung nach zwei Monaten. Er war wieder arbeitsfähig. Bei der späteren Aufnahme konnte Patient nicht gehen, die oberen Gliedmaſsen konnte er nur ein wenig heben, die Gliedmaſsen sind wegen Muskelstarre passiv, kaum beweglich, stupides Gesicht usw. Nach vorwärts gebeugt, die oberen Gliedmaſsen ein wenig eingebogen, den Kopf nach vorne haltend, kaum trippelnd erweckt, er den Eindruck, als wäre er mit einer Paralysis agitans behaftet. Der Patient bekam 30 Hg-Injektionen (1 cg). Der Zustand besserte sich; die Sprache, das Gedächtnis, kurz, alle körperlichen und geistigen Fähigkeiten kamen nach und nach zurück. Die plötzlich eingetretene Besserung bzw. Heilung ist erfahrungsgemäſs in erster Reihe eine Eigentümlickeit des luetischen Prozesses. Es muſs daher angenommen werden, daſs bei dem Patienten infolge einer luetischen Erkrankung die beiderseitigen Supranucleare symmetrisch angegriffen worden sind, und daſs dies zu Lähmungen der Medulla ablongata geführt, bzw. eine der Paralysis agitans ähnliche Symptomengruppe hervorgerufen hat. Der Patient wurde geheilt entlassen.

Poross-Budapest.

Ein Fall von Gumma der Dura, auf die linke Hälfte des Kleinhirns übergreifend, mit Autopsie, von Beverley R. Tucker-Richmond. (*New York. med. Journ.* 5. März 1910.) Der Fall, eine 24jährige Farbige betreffend, ist wegen des Sitzes des Tumors von Interesse, und weil eine weitere, Lähmung des Nervus trigeminus bewirkende und das Symptomenbild komplizierende Affektion vorhanden war. Er kam erst kurz vor dem Tode zur Beobachtung. Autopsischer Befund mit fünf Abbildungen; Spirochäten wurden weder im Ausstrich, noch im gehärteten Präparat der Hirnsubstanz gefunden. *Stern-München.*

Syphilitische Gummata des Sinus frontalis, von R. Hélot-Rouen. (*Rev. hebd. d'oto-rhino-laryngol.* 1910. Nr. 3, referiert in *Gaz. des hôp.* 1910, Nr. 35.) Die Gummata verliefen unter dem Bild einer gewöhnlichen Sinusitis mit starker äuſserer Schwellung und Ödem. Die beiden beschriebenen Fälle heilten leicht auf antiluetische Behandlung.

Gunsett-Straſsburg.

Die akute syphilitische Meningitis, von Bonnet und Goujat-Lyon. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 11.) Die Verfasser verstehen unter diesem Krankheitsbild diejenigen syphilitischen meningealen Läsionen, welche ein der tuberkulösen oder infektiösen Meningitis ähnliches Bild geben. Ihre Häufigkeit ist gröſser, als man gewöhnlich annimmt, denn es gelang den Verfassern, 20 eigene, unzweifelhafte Fälle zu beobachten. Gewöhnlich sind es Kranke mit ziemlich virulenter Lues, welche davon betroffen werden, in einem Drittel der Fälle coexistieren Hautläsionen, oft kommt auch die Meningitis zugleich mit einer Hauteruption. Auſserdem stellt die luetische Meningitis immer eine frühe Komplikation dar, sowohl bei akquirierter als bei hereditärer

Syphilis und erscheint meistens innerhalb der ersten sechs Monate, oft sogar im Anschlufs oder im Verlauf einer Kur. Der Beginn der Erkrankung ist gewöhnlich ein ganz akuter, oft mit prodromalen Kopfschmerzen, das Fieber ist sehr hoch, 39°—40°, die übrigen Symptome entsprechen der gewöhnlichen Meningitis. Der Verlauf ist ein kurzer und dauert nur wenige Tage, selten schleppt sich die Erkrankung über mehrere Wochen hin. Die Mortalität ist eine sehr hohe : 35%. Der Liquor cerebrospinalis enthält im Beginn eine reine Lymphocytose, der sich später eine polynukleäre Leukocytose beigesellt. Spirochäten wurden keine gefunden. Als Therapie empfehlen die Verfasser die Lumbalpunktion und eine möglichst intensive Injektionsbehandlung mit löslichen Quecksilbersalzen und Kalomel. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mit nukleinsauren Natriuminjektionen, von J. Donath-Budapest. (*Orvosi Hetilap* 1909. Nr. 41.) Verfasser schilderte vor einigen Jahren ein Verfahren zur Behandlung der Paralysis progressiva mit Salzinfusionen, von der Voraussetzung ausgehend, dafs bei dieser Krankheit giftige Stoffwechselprodukte eine grofse Rolle spielen. Es war wünschenswert, dafs nicht nur die mechanische Ausspülung dieser toxischen Stoffwechselprodukte angestrebt, sondern dafs auch durch ihre tunlichste Oxydation eine vollkommenere Wirkung erzielt werde. Das geeignetste Mittel schien Natrium nucleinicum. Verfasser fand, dafs stärkere Lösungen als 2%ige überaus reizbar sind. Die Injektion wird unter üblichen aseptischen Kautelen ausgeführt, und zwar werden 50 ccm auf einmal eingespritzt. Infolge des chemischen Reizes der Nukleinsäure wurde lokale (chemotaktische), später allgemeine Hyperleukocytose, so auch Temperaturerhöhung ausgelöst. Die Zahl der Leukocyten kann auf 61000 steigen, die Temperatur auf 40,5° C. Im Durchschnitt erstere 23000, letztere 38,5° C. Die folgenden Injektionen werden erst nach dem Normalwerden der Temperatur und immer abwechselnd, bald auf dem einen, bald auf dem andern Körperteile, ausgeführt. Verfasser führte durchschnittlich acht Injektionen aus. In zehn von 21 Fällen wurde eine bedeutende Besserung erzielt, darunter die Wiedererlangung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Fünf Fälle wiesen sowohl in subjektiver, als objektiver Hinsicht Besserung auf, so dafs eine Spitalbehandlung nicht mehr notwendig war, ohne dafs sie ihre alte Erwerbsfähigkeit wiedererlangt hätten. Insgesamt zeigten 70% der Fälle Besserung. Die übrigen sechs Fälle wiesen keine Besserung auf. Demgemäfs ist auch bei progressiven Paralysen zweifellos luetischen Ursprungs und ohne vorangehende spezifische Behandlung die Möglichkeit vorhanden, dafs mit Nukleinsäurebehandlung eine Besserung erzielt wird. *Porosz-Budapest.*

Über die Pathogenese der Tabes und der parasyphilitischen Affektionen im allgemeinen, von Albert Sézary. (*Presse méd.* 1909. Nr. 88.) Eine neue Theorie der Entstehung der Tabes, die sich in folgenden Worten zusammenfassen läfst. Die erste Ursache der Tabes ist ein luetischer meningitischer Prozefs, der zurzeit der Sekundärperiode vorhanden ist und sich einzig durch eine Leukocytose der Cerebrospinalflüssigkeit kundgibt und eine richtige Meningitis im histologischen Sinne des Wortes darstellt. Der Verfasser konnte in einem Falle von leukocytärer Cerebrospinalreaktion des Sekundärstadiums das Rückenmark untersuchen und fand vaskuläre Läsionen und subarachnoidale Infiltrate besonders an der Hinterseite des Rückenmarks, und zwar in der Lumbalgegend, welche von wesentlichen interstitiellen Läsionen der hinteren Wurzeln und ihrer Ganglien begleitet waren. Diese latente Meningitis kann, wenn sie nicht mit Ausdauer behandelt wird, chronisch werden und mit der Zeit Wurzelläsionen hervorbringen, welche analog denen der akuten Meningitis sind. Doch ist die meningeale Reaktion, welche die Tabes begleitet, nicht syphilitischer Natur, wenn auch syphilitischen Ursprungs, da sie nicht, wie die sekundäre syphilitische, durch Hg heilt. Sie kann der Irritation zugeschrieben werden, welche durch die

degenerierten Nervenfasern hervorgerufen wird. Ähnliche Erwägungen können auch für die Pathogenese der progressiven Paralyse und der parasyphilitischen Epilepsie deduziert werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Lumbarpunktion bei den Syphilitikern, von R. Romme. (*Presse méd.* 1909. Nr. 99.) Mit Bezugnahme auf den soeben mitgeteilten Artikel von Sézary gibt Romme ein Referat über eine unter dieser Überschrift in der *Rev. mens. de méd. interne et de thérapeut.* 1909. Nr. 3 erschienene Arbeit von Ravaut. Dieser Verfasser teilt eine Reihe von Fällen mit, bei denen eine zelluläre Reaktion der Cerebrospinalflüssigkeit (polynukleäre Leukocyten und grofse Lymphocyten) während des Bestehens einer Sekundärerscheinung nachgewiesen wurde, bei denen aber diese Reaktion auch nach dem Verschwinden derselben anhielt. Oft schwand dann diese Reaktion auf eine erneute energische Behandlung hin, oft hielt sie sich trotzdem, und der Verfasser sah dann in diesen Fällen Erkrankungen des Zentralnervensystems folgen. Er glaubt, daraus weitgehende prognostische Schlüsse ziehen zu dürfen, und fordert auf, bei früheren Syphilitikern systematische Lumbalpunktionen vorzunehmen und nach dem cytologischen Befund des Liquor hin sein therapeutisches Handeln zu richten.

Gunsett-Strafsburg.

Die Beziehung zwischen Aortenaneurysma und Tabes dorsalis; nebst Bericht über einen Fall, von Paul H. Biklé Philadelphia. (*Med. Record.* 8. Mai 1909.) Lesser, der vor einiger Zeit die Aufmerksamkeit darauf gelenkt hatte, dafs sich in beinah 20% aller Fälle von Tabes dorsalis, die in seine Beobachtung gekommen, zugleich Aortenaneurysma fand, hat die Frage aufgeworfen, ob vielleicht in der Tabes ein ätiologischer Faktor für das Entstehen des Aneurysmas liege. B. möchte dies auf Grund der Betrachtungen, die er anstellt, verneinen, und nur ein Nebeneinanderbestehen der beiden Leiden annehmen, verursacht durch die beiden zugrunde liegende Syphilis.

W. Lehmann-Stettin.

Syphilitische Anthropathien bei einem Tabiker, von Raymond. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 9.) Krankengeschichte eines 47jährigen Mannes, bei dem Gelenkaffektionen syphilitischer Natur Jahre hindurch als chronischer Gelenkrheumatismus gedeutet worden waren. Es handelte sich um eine gummöse Synovitis, auch tertiärsyphilitischer Pseudorheumatismus genannt. Der Mann wies überdies zurzeit der Untersuchung durch R. unverkennbare Zeichen von Tabes auf. *Götz-München.*

Die neuesten Fortschritte in der Erforschung des Syphiliserregers. Sammelreferat von Hoffmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 1.) Verfasser würdigt zunächst das Burrische Tuscheverfahren zum schnellen Nachweis der Spirochaeta pallida, ferner die Schereschewskyschen Versuche, die Spirochaeta pallida in Reinkultur zu züchten u. a. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Spirochaeta pallida in der Diagnose der Syphilis. Anonym. (*The Therap. Gazette.* März 1909.) Empfehlung der Dunkelfeldbeleuchtung.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Technik der Sichtbarmachung von syphilitischen Spirochäten im Trockenapparat, von Sdrawomyssl. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 14.) Verfasser übt folgendes Verfahren zur Silberimprägnation der Spirochäten: Er fixiert das Präparat im Verlauf von 10 bis 15 Minuten in 0,5%igen Osmiumdämpfen. Hierauf kommt das Präparat für 24 Stunden in dem Thermostat in eine 15%ige, frisch bereitete Silbernitratlösung. Nach sorgfältiger Spülung im Wasser wird das Präparat einige Minuten lang in eine frisch bereitete 5%ige Lösung von Pyrogallussäure gelegt. Nach erneuter Waschung wird das Präparat zum zweiten Male für 24 Stunden in eine 15%ige Silberlösung gelegt. Nach Ablauf dieser Zeit wird das Präparat abgespült,

in Pyrogallussäure wiederhergestellt und zum dritten Male für 1 bis 1½ Stunden in die Silberlösung getan, um jetzt erst nach Reinspülung, Wiederherstellung in Pyrogallussäure und Abtrocknung untersucht zu werden. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die spezifische Meiostagminreaktion, von M. Ascoli-Pavia. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 2.) Das Prinzip dieser bei Syphilis, Typhus und wohl auch anderen Infektionskrankheiten anzuwendenden Reaktion beruht auf der Veränderung der Oberflächenspannung an Immunseris durch Zusatz von Antigenen. Der Name ist aus dem Griechischen abgeleitet, μείων (kleiner) und στάζω (tropfe). Verfasser verwendet dabei das Traubesche Stalagmometer. Das mit 0,85%iger NaCl-Lösung versetzte Serum wird mit dem Antigen (z. B. Typhusbazillenextrakt) in bestimmter Konzentration vermischt und zwei Stunden lang im Brutschrank bei 37° C belassen. Mit größter Regelmäßigkeit war eine Steigerung der Spannung um einen oder einige Tropfen an dem mit Antigen versetzten Immunserum gegenüber den Kontrollpräparaten zu konstatieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Diagnose der Syphilis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Ohio State med. Journ.* Juli 1909.) H. wendet sich dagegen, daß man zu weitgehende Schlußfolgerungen für die Behandlung aus den neueren diagnostischen Errungenschaften, Spirochätennachweis und Wassermann, ziehe. Besonders wenn das Resultat der Untersuchung selbst ein so zweifelhaftes, wie nach einzelnen sehr verkürzten „Modifikationen" des Wassermann. *W. Lehmann-Stettin.*

Diagnostischer Wert der Präcipitinreaktion von Porges in der Syphilis, von L. Le Sourd und Ch. Paguiez. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 128.) Die Verfasser untersuchten an 137 Seren die zweite, von Porges im Verein mit Elias, Neubauer und Salomon angegebene Methode. Es wird zuerst eine frische Lösung von glycocholsaurem Natrium (Merck) in destilliertem Wasser 1 : 100 hergestellt. 0,2 ccm der Lösung werden mit dem gleichen Quantum zentrifugiertem und inaktiviertem Serum versetzt. Ist die Reaktion positiv, so tritt nach 16 bis 20 Stunden eine Präzipitierung ein. Von den 137 untersuchten Seren stammten 60 von Syphilitikern, davon waren 49 positiv, also 80,1%. In 77 Kontrollfällen war die Reaktion 14mal positiv, also bei 18,1%. Von den Kontrollfällen sind es aber nur 6, bei welchen man absolut sicher ist, daß sie nie vorher Syphilis hatten. Diese 6 waren negativ. Was die einzelnen Perioden der Syphilis anbelangt, so waren unter 13 Schankern 10 positiv, unter 31 floriden Sekundärfällen 28, unter 15 tertiären 11. Unter diesen waren alle Gummen positiv. Außerdem präzipitierte das Serum eines Leprösen und einer Malariakranken. Unter elf Scarlatinafällen war einer positiv. Bar und Daunay hatten gefunden, daß das Nabelschnurblut, wenn es mit Gallenpigment beladen ist, eine positive Wassermannsche Reaktion gibt, auch wenn von Syphilis keine Rede sein kann. Vier nach Porges untersuchte derartige Sera waren negativ. *Gunsett-Straßburg.*

Betreffs der Serodiagnose der Syphilis vermittels einer Farbenreaktion, von G. Turchi. (*Il Morgagni.* 6. April 1910.) Der Verfasser spricht dieser Methode jeglichen diagnostischen Wert ab. *Gunsett-Straßburg.*

Die Schürmannsche Chromoreaktion für die Diagnose der Syphilis. Experimentaluntersuchungen von Vincenco Chirivino-Neapel. (*La riforma med.* 1910. Nr. 7.) Der Verfasser modifizierte die Methode nur wenig. Statt drei Tropfen Serum nahm er zehn, verdünnte sie mit physiologischer Kochsalzlösung, fügte einen Tropfen Perhydrol Merck und 0,5 ccm seines Reagens (Acid. carb. 0,5 + Ferr. perchlor. 5% 0,62 + Aq. dest. 34,5) hinzu. Bei Syphilis gibt es eine braunschwarze Farbe.

Es wurden 97 Sera untersucht, 80 von Syphilitikern, 17 von Normalen. Von diesen 80 waren 64 positiv, 16 negativ. Von letzteren waren 3 im initialen Stadium,

6 waren rezent mit Manifestationen, 7 gehörten Formen der Spätlues an. Von den 17 nicht Syphilitischen war einer positiv, und zwar litt er an Ulcus molle.

Gunsett-Straſsburg.

Reaktion der Syphilitiker auf Tuberkulin, von J. Nicolas, M. Favre und L. Coharlet-Lyon. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 12.) Die Verfasser stellten bei 47 klinisch nicht tuberkulösen Syphilitikern die Intradermo- und Cutireaktion mit Tuberkulin an und bekamen folgende Resultate: Es reagierten auf die Intradermoreaktion mit 0,01 mg Tuberkulin

von	5	Fällen	mit	primärer	Lues	stark	positiv	5
„	22	„	„	sekundärer	„	„	„	20
						schwach	„	1
							negativ	1
„	6	„	„	tertiärer	„	stark	positiv	6
„	12	„	„	quaternärer	„	„	„	11
						schwach	„	1
	1	„	„	hereditärer	„	stark	„	1

Also von 47 Syphilitikern reagierten 44 stark positiv, 2 schwach und 1 negativ. Ähnliche Resultate gab die Cutireaktion v. Pirquets. Hier waren von 28 Syphilitikern, die klinisch tuberkulosefrei waren, 21 positiv, 4 zweifelhaft und nur 3 negativ. Diese Reaktionen können also in keiner Weise zur Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose in zweifelhaften Fällen dienen.

Ähnliche Resultate bekamen die Verfasser mit der Allgemeinreaktion mit 0,1 mg Tuberkulin. Ein groſser Teil von Syphilitikern, die tuberkulosefrei waren, reagierten mit Temperaturen von 39,3° bis 39,9°. Doch sind letztere Untersuchungen noch nicht abgeschlossen.

Gunsett-Straſsburg.

Intradermo- und Cutireaktion mit Syphilin bei Syphilitikern, von J. Nicolas, M. Favre, Cl. Gautier und L. Charlet-Lyon. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 12.) Die Verfasser benutzten zu ihren Versuchen ein konzentriertes Glycerinextrakt aus der Leber eines luetischen Foetus, welche reich an Spirochäten war. Diesem auf 115° erhitzten Präparat gaben sie den Namen Syphilin. Mit der Cutireaktion waren die Resultate beinahe gleich Null. Es gab bei Syphilitischen nur selten eine ganz zweifelhafte Reaktion. Hingegen bekamen die Verfasser mit der Intradermoreaktion bei 29 Syphilitikern 13 mal ein stark positives, 4 mal ein leicht positives, 5 mal ein zweifelhaftes und 7 mal ein negatives Resultat. Zur Injektion wurde das Syphilin zur Hälfte oder zu einem Drittel mit 0,7%iger NaCl-Lösung verdünnt. Interessant ist, daſs die negativen und zweifelhaften Reaktionen auf die primäre und sekundäre Syphilis fallen, während die tertiären und „quaternären" Fälle immer stark positiv reagierten (Rötung und stark nodöse Infiltration nach 8 bis 48 Stunden). Bei neun nichtsyphilitischen Kontrollfällen waren beide Reaktionen negativ, auſser bei einem siebenjährigen Tripperkranken, bei dem sie zweifelhaft ausfiel.

Gunsett-Straſsburg.

Über eine spezifische Eigenschaft luetischer Sera, von G. Izar-Pavia. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Nach der von Ascoli (s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 51, S. 378) angegebenen Methode mit der Bestimmung der Oberflächenspannung des Serums resp. deren Veränderung bei Zusatz von spezifischen Antigenen hat Verfasser eine interessante Reihe von Versuchen ausgeführt. Er bediente sich (wie A.) des Traubeschen Stalagmometers und eines Alkoholextraktes aus der getrockneten Milz eines syphilitischen Foetus. Bei 12 Syphilitikern erhielt er durchweg ein positives Resultat mit Erhöhung der Tropfenzahl um durchschnittlich 2 bis 5, während bei 14 Kontrollversuchspersonen die Reaktion regelmäſsig negativ ausfiel; ferner konsta-

tierte er, dafs bei sechs Syphiliskranken diese Erscheinung nur mit Syphilisantigen, nicht aber mit verschiedenen anderen Zusätzen, wie Antigene von Tuberkulose, Typhus, Carcinom usw., zu erzielen war. Zwar ist, wie J. zum Schlusse bemerkt, diesem Verhalten keine absolute diagnostische Beweiskraft zuzusprechen, aber zum mindesten fordert die Methode zu weiteren sorgfältigen Nachprüfungen auf.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die praktische Bedeutung der Serodiagnose für die Syphilis, von Blaschko. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1909. Bd. 72) Blaschko sieht in der Wassermannschen Reaktion einen Beweis dafür, dafs das betreffende Individuum nicht nur irgend einmal Syphilis gehabt hat, sondern dafs das syphilitische Virus noch eine gewisse Aktivität besitzt. Hinsichtlich der Diagnose spricht B. nur der positiven Reaktion eine Bedeutung zu, hinsichtlich der Behandlung rät B., an Stelle der chronisch intermittierenden Behandlung eine solche, basierend auf chronisch intermittierender Seroreaktion treten zu lassen; hinsichtlich der Prognose sagt die Serodiagnose nichts. Zum Schlufs warnt B. davor, dafs die bakteriologischen Laboratorien direkt von sich aus dem Kranken das Untersuchungsresultat mitteilen, da man dadurch nur Hypochonder grofsziehen werde. *Arthur Jordan-Moskau.*

Einige Betrachtungen über die Serumdiagnose der Syphilis, von J. G. Fitz Gerald-Toronto (Canada). (*New York med. Journ.* 29. Jan. 1910.) Nach einer Reihe theoretischer Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion und deren genaue Natur — die Ursache ist ein Alexin, das durch spezifische Substanzen im luetischen Serum, kombiniert mit einer lipoiden Substanz, im Antigen fixiert wird — bespricht Verfasser seine eigenen, an 140 Fällen geprüften, aufserordentlich befriedigenden Resultate. Als Antigen hat er getrockneten Extrakt einer syphilitischen fötalen Leber, die mit Alkohol extrahiert und in Salzlösung suspendiert wurde, benutzt; 0,1 ccm dieser Emulsion in 1 ccm normaler Salzlösung wurde mit 0,2 ccm des Serums oder der zu untersuchenden Cerebrospinalflüssigkeit und 0,1 ccm Schweineserums als Alexin verwandt. Diese Mischung wird eine Stunde lang in den Thermostat bei 37° gebracht und dann 1 ccm einer 5%igen Suspension gut ausgewaschener Hammelblutkörperchen usw. zugefügt. Die Reagenzröhrchen werden wieder in den Thermostat gebracht und schliefslich nach einer Stunde, oder wenn in den Kontrollröhrchen die Hämolyse komplett ist, abgelesen. Die Übersicht über die bisherige Literatur ergibt etwa 10000 Fälle, die nach der Wassermannschen Methode mit befriedigendem Erfolge untersucht worden sind: bei primärer Syphilis gaben 90—100%, bei virulenter sekundärer Syphilis 90% positive Reaktion und bei tertiärer 40—80%. Fitz Gerald selbst hatte 75% positiver Reaktion bei allgemeiner Paralyse (im Gegensatz zu Plaut u. a., die 100% angeben), 75% bei sekundärer Syphilis und 25% bei latenter tertiärer Syphilis. Von allen Modifikationen der Wassermannschen Reaktion scheint nur jene von Noguchi, welcher statt der Hammelblutkörperchen als hämolytisches System Menschenblutkörperchen vorzieht, von wirklicher Bedeutung zu sein. Die Serumreaktion hat, wie Fitz Gerald hervorhebt, auch soziale Bedeutung, indem sie angewendet wird, um einem mit Syphilis infiziert Gewesenen Ratschläge bezüglich des Ehekonsenses und auch darüber zu geben, ob es für ihn angezeigt wäre, Kinder zu haben oder nicht. Jedenfalls, so schliefst Verfasser, hat keine andere diagnostische Methode der letzten Jahre so allgemeine Billigung nach mehrjähriger Erprobung gefunden wie die Wassermannsche Reaktion, und der Streit der Meinungen hat sich eigentlich nur um die feinere Erklärung der Erscheinungen, nicht um die Methode selbst, die ihren Platz definitiv errungen habe, gedreht. *Stern-München*

Zur Technik der Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann, von M. Wermel. (*Med. Obosrenje.* 1909. S. 955.) Auf Grund von 1245, sowohl nach der

echten WASSERMANNschen Methode als auch mit den verschiedenen empfohlenen Modifikationen derselben ausgeführten serodiagnostischen Untersuchungen erklärt WERMEL die ursprüngliche WASSERMANNsche Methode für die zuverlässigere.

Arthur Jordan-Moskau.

Zur Theorie und Praxis der Serodiagnostik der Syphilis, von ISABOLINSKI. (*Charkower med. Journ.* 1909. Bd. VIII.) Nach den Untersuchungen des Verfassers gaben die von HECHT, BAUER, TSCHERNOGUBOW, STERN u. a. empfohlenen Modifikationen der WASSERMANNschen Reaktion keine so sicheren und zuverlässigen Resultate wie die ursprüngliche Methode von WASSERMANN. Es empfiehlt sich, zur Erreichung vertrauenerweckender Resultate die Ausführung der Reaktion speziellen Instituten resp. Laboratorien zu überlassen. Die niccht inaktivierten, normalen, menschlichen Sera, sowohl solche, welche das Komplement enthalten, als auch solche, welche es nicht enthalten, können in denselben Dosen wie die bei 56° im Laufe einer halben Stunde inaktivierten syphilitischen Sera antikomplimentär wirken.

Die nicht inaktivierten, das Komplement enthaltenden oder auch nicht enthaltenden syphilitischen Sera oder serösen Flüssigkeiten können hämolytisch wirken und dadurch das Phänomen der Komplementbindung verdecken. Dieselben Sera wie Flüssigkeiten wirken nach Erwärmung auf 56° während einer halben Stunde nicht hämolytisch. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die KLAUSNERsche Reaktion und ihre klinische Verwertbarkeit für die Diagnose der Lues, von FRANZ HAYN. (Inaug.-Dissert. Breslau 1909.) Die KLAUSNERsche Reaktion ist in keiner Weise geeignet, die Serodiagnose nach WASSERMANN-NEISSER-BRUCK zu ersetzen. Sie kann allerdings in vielen Fällen bei luetischen Seren konstatiert werden. Ebenso aber kann man die für diese Reaktion charakteristische Präzipitation auch bei anderen Erkrankungen, speziell auch bei solchen, bei denen Lues gerade differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden sollte, erhalten. Eine praktische Verwertbarkeit, wie etwa der Komplementfixationsmethode, kann ihr deshalb nicht zugesprochen werden. *Fritz Loeb-München.*

Wert und praktische Bedeutung der Serodiagnose bei Lues, von GROSSER. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 36.) Bericht über eigene Erfahrungen, die an 300 Fällen über die WASSERMANNsche Reaktion gewonnen wurden und die den Verfasser zu folgenden Schlüssen führen: 1. Das Wesen der Reaktion ist noch nicht genügend aufgeklärt. 2. Die Reaktion ist nicht rein spezifisch. 3. Ihr diagnostischer Wert im positiven Sinne steht außer allem Zweifel. 4. Sie ist als einziges Symptom nicht voll, sondern nur im Verein mit dem klinischen Bilde zu verwerten. 5. Für die Behandlung der Luetiker gelten auch heute noch in der Hauptsache die Gesichtspunkte, nach denen sie früher geleitet wurde. Die Reaktion ist erst in zweiter Linie maßgebend; der positive Ausfall beim Latenzluetiker rechtfertigt im allgemeinen eine neue Behandlung; der negative erfordert häufige Wiederholungen der Untersuchung, um einen annähernden Schluß zu gestatten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Serodiagnostik vom klinischen Standpunkte, von F. KRAUS-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 38.) Referat auf dem Internationalen Kongreß zu Budapest, in dem der Wert der WASSERMANNschen Reaktion eingehend besprochen wird.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Untersuchungen über die Serodiagnose der Syphilis bei Schwangeren und Neugeborenen, von P. BAR und R. DAUNAY. (*Obstétrique.* Jan., März, April 1909.) Bei frischer, nicht behandelter Lues ist bei Graviden der Prozentsatz der positiven Reaktionen kleiner als bei nicht graviden Frauen. Werden Frauen mit alten Ansteckungen schwanger, so ist die Reaktion gewöhnlich negativ.

Zwischen dem Serum der Mütter und dem der Kinder besteht nicht immer die

Übereinstimmung, die man erwarten könnte. In vergleichenden Versuchen war die Reaktion gewöhnlich positiv bei Müttern, deren Lues noch ganz frisch, sogar postkonzeptionell war. Bei den Kindern hingegen war sie mit Vorliebe positiv, wenn die Mütter keine floriden Erscheinungen hatten. Überhaupt glauben die Verfasser, dafs bei Neugeborenen Faktoren vorhanden sind, welche die Tendenz haben, die Reaktion positiv zu machen. Er fand bei vielen absolut nicht suspekten Kindern, deren Mütter negativ reagierten, oft eine zweifelhafte, partielle oder sogar totale Hemmung. Es scheinen besonders opaleszente oder mit Gallensalzen gesättigte Sera zu sein, die die Reaktion geben. Da die Opaleszenz Lipoidstoffen zu verdanken ist, welche eine geringe hämolytische Kraft haben, so ist es möglich, dafs diese die Ursache des erweiterten Resultates sind. *Gunsett-Strafsburg.*

Bisherige Erfahrungen über die Serodiagnostik der Syphilis an der dermatologischen Universitätsklinik zu Strafsburg, von Hügel und Ruete-Strafsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 2.) Verfasser fanden, dafs die ursprüngliche Vorschrift von Wassermann-Neisser-Bruck zuverlässigere Resultate liefert als die von Bauer, Hecht u. a. angegebenen Modifikationen. Ganz im Stich liefsen die Schürmannsche Farbenreaktion und die Campanasche Urinreaktion. Die sonstigen Ergebnisse der Serumdiagnostik schildern Verfasser in Übereinstimmung mit sonstigen Publikationen. Bei den Müttern von hereditärsyphilitischen Kindern wurde mehrfach ein positives Resultat festgestellt, auch bei Abwesenheit von allen sonstigen Merkmalen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vergleichende Studien zur Serodiagnosis der Syphilis, von Homer F. Swift-New York. (*Arch. of Int. Med.* Okt. 1909.) Besprechung der Technik der Wassermannschen Reaktion und der Modifikationen von Noguchi und Bauer. An der Hand von Untersuchungsreihen in mehreren hundert Fällen, deren Resultate in übersichtlichen Tabellen wiedergegeben werden, wird die Reaktion als ein „fairly definite“ diagnostisches Mittel bezeichnet. Die Bauersche Modifikation wird für unzuverlässig erklärt, während die Methode nach Noguchi nicht nur leichter anwendbar als das ursprüngliche Wassermannsche Verfahren, sondern auch feiner (more sensitive) genannt wird. *W. Lehmann-Stettin.*

Der Gebrauch aktiven und inaktiven Serums in der Komplementablenkungsprobe der Syphilis, von Homer S. Swift-New York. (*Arch. of Int. Med.* Nov. 1909.) Empfehlung der Modifikation von Noguchi, besonders weil der Gebrauch aktiven Serums einen zu hohen Prozentsatz positiver Reaktionen mit nichtsyphilitischem Serum gebe. *W. Lehmann-Stettin.*

Manche Eigentümlichkeiten des luetischen Blutserums vom immunchemischen Gesichtspunkte, von A. Elfer-Kolozsvár. (Mufs im Original gelesen werden. Für Referat ungeeignet.) *Porosz-Budapest.*

Über das Wesen, die Technik und klinische Bedeutung der Serodiagnostik der Lues, von E. Scheidemandel-Nürnberg. (*Würzb. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med.* Bd. X, Heft 1.) Die Arbeit ist im wesentlichen ein fleifsiges Sammelreferat, welches auch eigene Erfahrungen verwertet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Chlorsaures Kalium bei der Serodiagnose der Syphilis, von L. Brieger und Hermann Renz-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 50 und 1910. Nr. 2.) Die Verfasser haben bei der Wassermannschen Reaktion den hämolytischen Amboceptor durch chlorsaures Kalium ersetzt und mit diesem (1 ccm einer frischen Lösung von 1:150 physiologische Kochsalzlösung) in 65 Fällen stets dasselbe Resultat erzielt wie mit dem Wassermannschen Hämolysin. Irgendwelche Folgerungen wollen sie aber aus dieser Tatsache vorerst nicht ziehen.

Bei der weiteren Untersuchung einer gröfseren Anzahl von Fällen in der an-

gegebenen Anordnung hat sich gezeigt, daſs der Hauptanteil an der Hämolyse dem in jedem normalen Menschenserum enthaltenen Ambozeptor gegen Hammelblut zufällt; seine hämolytische Wirkung wird durch den Zusatz von Kalium chloricum verstärkt. Da aber dieser spezifische Ambozeptor groſse Schwankungen zeigt, ist die Anwendung der von den Verfassern angegebenen Versuchsanordnung in der Praxis vorläufig nicht empfehlenswert. *Götz-München.*

Die Serodiagnose der Lues mittels Ausflockung durch glykocholsaures Natrium, von Fritz Rosenfeld- und Tannhauser-Stuttgart. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Rosenfeld gibt einen zusammenfassenden Bericht über die bisher erschienene Literatur über die Ausflockungsreaktion mittels glykocholsauren Natriums nach Elias, Neubauer, Porges und Salomon, beschreibt die Technik der Reaktion und teilt schlieſslich die Resultate mit, die er in 100 Fällen von Lues und in 31 Kontrollfällen erzielt hat. Diese Resultate beweisen, daſs die Methode, die sich vor der Wassermannschen Reaktion durch gröſsere Einfachheit auszeichnet, ihr an Sicherheit nicht nachsteht; sie verdient nach R. allgemeinere Anwendung.

Tannhauser hat die Ausflockungsreaktion bei 30 Luetikern und 4 nicht luetischen Patienten zur Anwendung gebracht; das Ergebnis war bei Lues durchweg positiv, in den nicht luetischen Fällen negativ. Bei der geringen Anzahl von Beobachtungen will aber T. keinerlei Schlüsse aus den Resultaten ziehen; sicher erscheint ihm nur, daſs die Serodiagnose ein sehr brauchbares Untersuchungsmittel ist, das aber in der Praxis vorerst nur im Zusammenhang mit dem klinischen Bilde maſsgebend sein sollte. Für die Inaugurierung einer kausalen Therapie ist die Serodiagnose noch nicht reif.

Götz-München.

Die Serumdiagnose der Syphilis nach der Flemingschen Methode, von P. W. Bassett-Smith-Haslar. (*Brit. med. Journ.* 12. März 1910.) Kurze Empfehlung der Modifikation nach Hecht und Fleming, welche dem Verfasser bei einer Serie von 500 Fällen zuverlässige Resultate lieferte. Die Reaktion soll möglichst bald nach Entnahme des Blutes vom Patienten ausgeführt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Serumdiagnose der Syphilis, von Homer F. Swift-New York. (*New York med. Journ.* 26. März 1910.) Es wird in klaren Ausführungen die enorme Menge wissenschaftlicher Arbeit, welche die Serumdiagnose der Syphilis begründete und weiter ausbaute, angeführt und kurz beschrieben: 1. Die Grundzüge, auf welchen sich die Methode aufbaut; 2. die Theorien von der Natur und dem Mechanismus der Reaktion und 3. deren verschiedene Modifikationen. Die Schwierigkeiten bei der Anwendung sowohl der aktiven wie passiven Serummethode sind, daſs man sich an dieselben nicht wagen sollte, ohne genügend Zeit zur Beherrschung der Technik verwandt zu haben, man muſs die Darstellung jedes der Reagentien verstehen, um jeden Schritt der Reaktion kontrollieren zu können und eventuell Fehlerquellen sofort zu erkennen. Auf Einzelheiten der historischen und recht lesenswerten Zusammenstellung Swifts kann hier nicht eingegangen werden, zumal in diesen Blättern über alle Entwicklungsphasen der Wassermannschen Reaktion schon berichtet wurde.

Stern-München.

Die Bedeutung der neueren Hilfsmittel für Diagnostik und Therapie der Syphilis, von L. Halberstaedter-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Febr. 1910.) Für die Spirochätenuntersuchung empfiehlt Autor das jetzt vielgeübte Burrische Tuscheverfahren. Bezüglich der Wassermannschen Reaktion weist Autor auf die Notwendigkeit der Auswahl geeigneter Fälle hin. Wenig Wert hat die Reaktion in der Frühperiode der Syphilis, für die Bedeutung der Reaktion bei Fällen der Spätperiode ist das vorliegende Material noch gering. Insbesondere ist die Frage noch offen, ob in

letzteren Fällen eine positive Reaktion stets das Vorhandensein von aktivem Virus beweist. Den gröfsten Wert hat die Reaktion für die Diagnostik.

Arthur Schucht-Danzig.

Wert der Wassermannschen Reaktion, von Ludwig Braun-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) Diskussionsbemerkungen, in denen betont wird, dafs die Wassermannsche Reaktion bei Aortitis syphilitica und Aneurysma lueticum statistisch und therapeutisch mafsgebender ist als der histologische Befund, in dem auch nicht mehr der geringste Anhaltspunkt für die ursprüngliche Veränderung vorhanden sein mufs. *Schourp-Danzig.*

Die Wassermannsche Reaktion bei Lues, von Fuss-Ludwigshafen. (*Reichs-Medizinal-Anzeiger.* 1910. Nr. 1.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Studien über die Wassermannsche Reaktion, von E. C. White und S. D. W. Ludlum-Philadelphia. (*Med. Record.* 25. Dez. 1909.) Untersuchungen an Material der neurologischen Abteilung des Philadelphia-Hospitals. Nichts Neues.

W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zum Wesen der Wassermannschen Reaktion, von Richard Bauer und Ada Hirsch-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 1.) Ein Patient mit positivem Wassermann des Blutes entleerte stark eiweifshaltigen Harn, der bei einem Albumengehalt von 8—10‰ stets prompte komplette spezifische Wassermannsche Reaktion zeigte. Die daraufhin vorgenommenen Untersuchungen zahlreicher Harne ergaben folgende interessante Befunde: Eiweifsfreie und eiweifshaltige Harne von nichtsyphilitischen Menschen geben niemals spezifische Wassermann-Reaktion. Sie zeigen entweder glatte Hämolyse oder Eigenhemmung, die durch erhöhte Azidität des Harns bedingt ist und durch Neutralisation des Harns prompt beseitigt wird. Bei Syphilitikern geben eiweifsfreie Harne oder solche mit einem Albumengehalt bis zu 2% gleichfalls negative Reaktion. „Die positive Wassermann-Reaktion im Harne von Syphilitikern scheint dann zustande zu kommen, wenn Globuline in genügender Menge in den Harn übertreten.“ *W. Lehmann-Stettin.*

„Beitrag zum Wesen der Wassermannschen Reaktion“, von Siegfried Grosz und Richard Volk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 3.) Bemerkungen zur Mitteilung von R. Bauer und Ada Hirsch.

„Beitrag zum Wesen der Wassermannschen Reaktion“, von Richard Bauer und Ada Hirsch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Entgegnung zu den Bemerkungen von S. Grosz und R. Volk.

Schlufsbemerkung zu der Entgegnung von R. Bauer und A. Hirsch, von Siegfried Grosz und Richard Volk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.)

W. Lehmann-Stettin.

Über den klinischen Wert der Wassermannschen Syphilisreaktion, von Th. Marschalkó, N. Jamsó und M. Csiky-Kólozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 45.) Die von den Verfassern am Lebenden vorgenommenen Untersuchungen ergaben folgendes Resultat: Bei 19 vollkommen gesunden Individuen war das Ergebnis immer negativ. In 90 Fällen wurde bei akuten Infektionskrankheiten die Untersuchung vorgenommen (4 Morbili, 1 Skarlatina, 1 Anthrax faciei). In 134 Fällen ergab die Anamnese oder die gefundenen Veränderungen den Verdacht auf Syphilis. Von diesen 134 Fällen war die Wassermannsche Reaktion positiv von 31 Tabes-, Taboparalysis- und Paralysis progressiva-Fällen, in 30 Fällen von 47 Aortainsuffizientiafällen, in 34 Fällen von 53 verschiedenen Fällen.

Die an sämtlichen Lebenden und Leichen vorgenommenen Untersuchungen zusammengefafst, war von 1162 untersuchten Individuen die Wassermannsche Reaktion positiv in 509, negativ in 599, mit Komplementen kleineren oder höheren Grades in

94 Fällen. Letztere Fälle wurden als negativ angesehen. Aufser den erwähnten 1162 Fällen hatte Verfasser noch 26 Fälle, wo das untersuchte Serum an sich, auch ohne Antigen ein Komplement ergeben hat, wo folglich die Reaktion nicht entschieden war. Sie wurden aus der Statistik ausgeschaltet. Als interessante Tatsache kann hervorgehoben werden, dafs ein Serum, das von einer an Carcinoma hepatis leidenden Frau stammte, auch das Zwanzigfache des Komplementtiters vollkommen zu binden und auch in zwanzigfacher Verdünnung (also 1/20 der benutzten Serummenge) das Vierfache des Komplementtiters zu binden imstande war. Von 509 Fällen mit positiver Reaktion war Syphilis sicher in 272, berechtigter Verdacht auf Syphilis in 208 Fällen vorhanden. Doch die Anamnese und auch die klinische Untersuchung war für Syphilis negativ. In 8 Fällen, die zur Sektion kamen, konnte keine Veränderung konstatiert werden, die auf das Vorhandensein der Lues hingedeutet hätte. Von 116 Fällen, die zur Sektion kamen, wurde 44 mal positive Reaktion gefunden. Bei der Sektion wurden nur in 36 Fällen Zeichen der Syphilis gefunden, in 8 Fällen aber nicht. Es wurde oft wahrgenommen, dafs das Blut tuberkulöser, kachektischer Individuen in der Reaktion Komplemente kleineren oder höheren Grades ergeben hat, aber besonders mufs hervorgehoben werden, dafs vollkommenes Komplement, so stark wie bei Syphilis, bei diesen niemals gefunden worden ist. Von 70 Fällen frühzeitiger latenter Syphilis ergaben 53, von 53 später latenter Syphilis ergaben 10 Fälle positive Reaktion. Von 11 Tabesfällen war in 8, von 5 Taboparalysisfällen in allen, von 15 Paralysis progressiva-Fällen in 14 Fällen die Reaktion positiv. Wenn also das Blutserum und auch die cerebrospinale Flüssigkeit positive Wassermannsche Reaktion ergibt, ist eine syphilitische oder metasyphilitische Erkrankung des Gehirns oder der Gehirnhäute nach aller Wahrscheinlichkeit vorhanden. Bei den Leiden der Zirkulationsorgane, namentlich bei den Aortenerkrankungen, ist die häufige positive Reaktion auffallend. 48 Aortenerkrankungen wurden beobachtet. In 34 Fällen war die Reaktion positiv. Der Umstand, dafs die Reaktion mit der Infektion des Organismus Schritt haltend sich entwickelt, dafs die Intensität durch die Behandlung beeinflufst wird, dafs sie Schwankungen zeigt, im Inkubationsstadium nämlich eventuell ganz negativ wird, um mit dem Auftreten der Rezidive wieder positiv zu werden; und dafs bei manifesten Symptomen überhaupt häufiger positive Reaktion wahrgenommen werden kann, als im Inkubationsstadium: diese Umstände lassen darauf schliefsen, dafs die positive Wassermannsche Reaktion auch die aktive syphilitische Infektion des Organismus zeigt. Die Wassermannsche Reaktion wird durch Behandlung beeinflufst, namentlich durch Quecksilber- und Jodbehandlung. Sie nimmt ab, ja sie hört sogar auch ganz auf. Die Reaktion wird durch die Behandlung in der ersten Zeit nach der Infektion leichter beeinflufst als in späteren Jahren. Verfasser ist seit Jahren Anhänger der chronischen, intermittierenden Behandlung. Man wird nicht mehr im Dunkeln herumtappen, wenn es sich am Ende des 3. oder 4. Jahres oder noch später darum handeln wird, ob der Patient geheilt ist oder nicht; die eventuelle positive Reaktion wird ein Fingerzeig sein, dafs das Leiden noch vorhanden ist und dafs man gegen es ankämpfen mufs. Die Wassermannsche Reaktion ist zur topischen Diagnose, abgesehen von gewissen Fällen von Paralysis und Gehirnsyphilis, nicht geeignet. *Porosz-Budapest.*

Die Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion bei Sektionen, von D. Veszprémi-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 47.) Die Untersuchungen des Verfassers haben nur von dem Gesichtspunkte aus einen Wert, wenn es möglich ist, festzustellen, welche Veränderungen z. B. in den Fällen eine Rolle spielen, in denen die Reaktion positiv war, und wie ferner diese Abweichungen wirklich dem luetischen Ursprunge entsprechen oder ob diese fraglichen Abweichungen in Fällen,

die ein negatives Resultat geben, fehlen. Seine Untersuchungen nahm Verfasser gröfstenteils zusammen oder gleichzeitig mit den Versuchen vor, die Jancsó und Csiky an klinischem Material vorgenommen haben, und so hatte er Gelegenheit, die Reaktion der pathologisch-anatomischen Fälle mit der Reaktion der klinisch sicher luetischen oder nichtluetischen Blutserumreaktionen zu vergleichen. Blutserum wurde untersucht in 84 Fällen mit cerebrospinaler Flüssigkeit, in 90 Fällen mit perikardialem Serum, in 14 Fällen mit pleuralem Serum, in 19 Fällen mit Ascitesflüssigkeit, in 8 Fällen mit Anasarcaserum und in 1 Falle mit Hydrokeleflüssigkeit, so dafs sich die Zahl der Reaktionen auf 316 beläuft. Bei Zirkulationsorganen waren von 21 Fällen 11, dafs ist 50%, bei Atmungsorganen von 33 12, bei Verdauungsorganen von 8 3, bei Harnorganen von 9 5, beim Nervensystem vom 18 11, bei Tetanus 1, bei Rhachitis 1 positive Reaktion. Von 100 Fällen war demnach in 54 Fällen die Reaktion negativ. Bezüglich des diagnostischen Wertes findet Verfasser von 46 Fällen in 38 die positive Reaktion gerechtfertigt. In etwa 84% der Fälle mit positiver Reaktion kann man im Organismus auch bei der Sektion luetische Veränderungen finden. Das sind Individuen, die an interkurrenter Krankheit sterben. Bei diesen kann die luetische Affektion des Organismus bestehen, ohne dafs man bei der Sektion das geringste Zeichen findet. Das Sektionsmaterial ist nicht geeignet den Wert und den spezifischen Charakter der Wassermannschen Reaktion zu bestimmen. Das negative oder positive Resultat der Reaktion und der Sektionsbefund decken sich gröfstenteils. *Poross-Budapest.*

Zur Frage der Verwertbarkeit der Wassermannschen Syphilisreaktion an der Leiche, von Löhlein. (*Fol. serolog.* IV, Heft 3.) Agonale Veränderungen des Blutes, insbesondere auch solche bei Krankheiten, die mit Konsumption einhergehen, haben einen wesentlichen Einflufs auf die Luesreaktion am Leichenblut nicht. In welchem Umfang überhaupt in der Agonie bei nicht syphilitischen Krankheitsprozessen positive Wassermannsche Reaktion auftritt, bedarf noch der Aufklärung.

Von entscheidender Bedeutung für die Anwendung der Reaktion zu leichendiagnostischen Zwecken ist die Gewinnung eines dem bei intravitaler Entnahme erzielten gleichwertigen Serums durch möglichst frühzeitig nach dem Tode erfolgende Blutentnahme. Wo diese nicht durchführbar ist, sind alle mangelhaft abgeschiedenen Sera von der Untersuchung auszuschliefsen. Die übrig bleibenden Sera sind nach Wassermann mit Erfolg zu prüfen, wenn einerseits auf das genaueste auf etwaige „Eigenhemmung“ geachtet wird, wenn andererseits nur energische Hemmung der Hämolyse als positives Reaktionsergebnis notiert wird. *Haas-Hamburg.*

Über die Wassermannsche Reaktion bei Aortenerkrankungen und die Bedeutung der provokatorischen Quecksilberbehandlung für die serologische Diagnose der Lues, von Kurt Donath - Halle a. S. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Unter 27 Fällen von reiner Aorteninsuffizienz, Mesaortitis und Aneurysma fand sich in 23 Fällen eine positive Reaktion. Bei diesen ist die Herzaffektion als wahrscheinliche Folge einer Syphilis anzusehen. Bei zwei Fällen findet sich in der Anamnese die Angabe sich lang hinziehender, angeblich ohne Fieber verlaufender Formen von Gelenkrheumatismus und in diesen Fällen hält Autor es für wahrscheinlich, dafs es sich nicht um Polyarthritis rheumatica, sondern syphilitische Gelenkveränderungen gehandelt hat.

Aus dem Verhalten der Reaktion bei zwei Fällen glaubt Autor den Schlufs ziehen zu müssen, dafs durch Hg - Behandlung bislang nicht nachweisbare positive Reaktion provoziert werden könne, und empfiehlt für die oder seit längerer Zeit nicht behandelte Fälle die provokatorische Injektion als Diagnostikum. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Frage des Zusammenhanges zwischen der Wassermannschen Reaktion und der antiluetischen Behandlung, von S. Királyfi-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 5.) Die praktische Verwertung der Wassermannschen Reaktion leidet, je mehr sie sich von ihrem ersten und wichtigsten Gebiete (nämlich der Bestimmung der Diagnose) entfernt. Nach energischer Quecksilberbehandlung wird die früher positive Reaktion negativ, ohne dafs man daraus auf den Heilungsprozefs oder auf Besserung folgern könnte, um so weniger, da nach einer der Behandlung folgenden vier- bis fünfwöchentlichen Pause die Reaktion sich wieder positiv zeigt. Das ist die Wirkung der Quecksilbertherapie auf die Reaktion. Aus den vielen Versuchen stellte es sich heraus, dafs Sublimat in vitro eine hämolysierende Wirkung hat. Sublimat in vitro kann die positive Wassermannsche Reaktion negativ gestalten. Diesen Einflufs verdankt es der hämolysierenden Wirkung. Sublimat kann in sehr minimaler Konzentration, 1 : 60000, die positive Reaktion negativ gestalten. Das Blutserum eines Individuums nach energischer antiluetischer Kur entspricht einer Quecksilberlösung von solcher oder vielleicht noch höherer Konzentration. Nach antiluetischer Kur wird die positive Reaktion oft negativ. Nach alldem schien es natürlich, dafs die negative Reaktion post innunctionem in erster Reihe dem Quecksilbergehalte des Blutserums vom Verfasser zugeschrieben wird. Wenn sich die hämolysierende Wirkung des Sublimats in der negativen Gestaltung der Reaktion äufsert, mufs das mit Quecksilber gesättigte Serum auch ohne entsprechendes Hämolysin in den roten Blutzellen eine vollkommene Lösung zustande bringen. Dies stellte sich auch in jedem Falle ein. Diese normal vorhandenen Antischafblutambozeptoren des menschlichen Blutes können ohne Hinzufügung spezifischer Hämolyse die Emulsion der Schafblutszellen vollkommen lösen. Wenn ein aktiviertes Blutserum an sich mit Schafblutemulsion zusammengebracht wird, bleiben die normalen Ambozeptoren, da sie sich mit einem Komplement nicht vereinigen können, wirkungslos. Wenn sich Hämolyse nicht einstellen sollte, würde es zum Beweise dessen dienen, dafs in Fällen von negativen Reaktionen post innunctionem nicht der hämolysierende Einflufs des im Organismus angehäuften Quecksilbers zur Geltung kommt, sondern man steht einer wirklich spezifischen, antiluetischen Wirkung des Quecksilbers gegenüber. Und wirklich stellte sich heraus, dafs in der Mischung des Blutserums mit Schafblutemulsion sich die Hämolyse nicht einstellt. Die roten Blutzellen blieben am Boden der Eprouvette ungelöst. Auch bei den verschiedensten Konzentrationsunterschieden, angefangen bei einer Mischung von 1—1 ccm Blut- und Blutserum = partes aequales bis zu einer Verdünnung von Blutserum 0,003, Blutemulsion 1/10 ccm, stellte sich keine Hämolyse ein. Es ist daraus ersichtlich, dafs nicht der Quecksilbergehalt des Blutserums die Lösung der roten Blutzellen zustande bringt und die Wassermannsche Reaktion auf diese Weise negativ ausfällt, sondern man hat es mit einer spezifischen Wirkung des Quecksilbers gegen den luetischen Prozefs zu tun. (Deutsch: *Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.) *Poross-Budapest.*

Zur Frage des Zusammenhanges zwischen Wassermannscher Reaktion und Quecksilberbehandlung, von Emil Ebstein und Ernst Pribram-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Mitteilung eines Falles, der dartut, dafs die Anstellung der Serumreaktion bei Lues während und unmittelbar nach einer Quecksilberkur durch den Quecksilbergehalt des Serums beeinflufst wird. *W. Lehmann-Stettin.*

Seroreaktion auf Syphilis nach der Methode von Wassermann, modifiziert von Noguchi, von L. Deval. (*Presse méd.* 1909. Nr. 104.) Deval gibt zuerst eine Darstellung der Wassermannschen Methode und beschreibt dann die Noguchische Modifikation derselben. Zum Vergleich beider Methoden teilt er die Statistik Noguchis mit:

	Wassermann positiv	Noguchi positiv
7 Fälle von Primärsyphilis	5	7
27 „ „ manifester Sekundärsyphilis	23	27
12 „ „ latenter „	6	9
18 „ „ manifester Tertiärsyphilis	17	17
18 „ „ latenter „	11	14
11 „ „ Tabes	8	11
28 „ „ suspekter Syphilis	16	21

Nach diesen Zahlen würde allerdings die Noguchische Modifikation genauere Resultate als die ursprüngliche Wassermannsche Methode geben. *Gunsett-Strafsburg.*

Über eine (II) von Tschernogubow angegebene Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von Hans Guth-Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 52.) G. hat die zweite von Tschernogubow (*Dtsch med. Wochenschr.* 1909, Nr. 15) angegebene Modifikation der Wassermannschen Reaktion nachgeprüft und festgestellt, dafs sie unter gewissen Voraussetzungen (Verwendung von 0,25 ccm einer $2^1/_2$%igen statt einer 5%igen Meerschweinchenblutemulsion) als Ersatz für die originale Technik angewandt werden kann. Doch ist sie nach G.s Anschauung für ein gröfseres Laboratorium unzweckmäfsig, da die Sera frisch, also sofort nach der Blutentnahme untersucht werden müssen; die Unmöglichkeit einer Wiederholung des Versuches tritt noch als unangenehmer Faktor hinzu. Der praktische Arzt dürfte ebenfalls schwerlich in der Lage sein, diese Modifikation, die sehr präzises Arbeiten verlangt, zu verwenden, zumal da ihm die nötigen Kontrollen fehlen. Immerhin ergibt die Methode, wenn sie vollständig beherrscht wird, brauchbare Resultate. *Götz-München.*

Über die Pathogenese des Merkurialismus, von Ghelfi. (*Morgagni.* 8. Sept. 1909.) Kritische Übersicht und Literatur. *Haas-Hamburg.*

Quecksilberwirkung und Syphilisreaktion, von Carl Bruck und Marg. Stern-Breslau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 15.) Verfasser können die von anderen Autoren konstatierte Tatsache, dafs Sublimat, innerhalb einer bestimmten Verdünnungszone einem positiven Serum zugesetzt, dieses „negativ“ macht, bestätigen. Doch zeigen eine Reihe Versuche, dafs das Umschlagen der Reaktion in vitro nur durch die Eigenhämolyse des Sublimats bedingt ist; die Komplementbindungsreaktion wird dadurch lediglich verdeckt. Dafs also allein der Qecksilbergehalt des Serums eine Zerstörung oder Paralysierung der komplementbindenden Substanzen bewirkt, ist weder experimentell erwiesen, noch sprechen die klinischen Beobachtungen dafür: Warum tritt bei mit Hg geradezu gesättigten Individuen nicht der Hg-Gehalt des Blutserums zutage, wenn man bei spätlatenten Syphilitikern, Tabikern oder Paralytikern mit positiver Reaktion häufig eine energische Quecksilberkur nach der anderen macht, ohne dafs dies ein Umschlagen der Reaktion bewirkt? Abgesehen davon, gelingt es auch mit Jod und Arsen negative Reaktionen zu erzielen, obwohl beide in vitro völlig indifferent sind, weder positive Reaktion hindern noch Hämolyse bewirken. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Syphilis im Lichte der neueren Syphilisforschung, von Fritz Lesser-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 3.) L. schildert eingehend und klar die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Behandlung der Syphilis und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

Die Entdeckungen der Übertragbarkeit der Syphilis auf Tiere und des Syphiliserregers sind zurzeit für die Therapie der menschlichen Syphilis bedeutungslos. Indessen bietet die Wassermannsche Reaktion eine Richtschnur für die Behandlung, insofern sie uns anzeigt, wie lange wir die Kur auszudehnen und wann wir sie zu

wiederholen haben. Die positive Serumreaktion beweist stets die Anwesenheit noch aktiver Spirochäten. Die negative Reaktion läfst im Frühstadium keinerlei Schlüsse zu; im Spätstadium kann man mit einer proportional dem Alter der Syphilis sich steigernden Wahrscheinlichkeit aus der negativen, besonders der wiederholt negativ befundenen Reaktion auf Ausheilung der Syphilis schliefsen. Eine Statistik von 525 Fällen läfst folgendes erkennen:

1. Die Syphilis kommt nur in 49% der Fälle zur Ausheilung.

2. Es gelingt in 39%, durch eine einzige Kur in der Frühperiode die Syphilis später zur Ausheilung zu bringen.

3. Die Abnahme der positiven, bzw. die Zunahme der negativen Reaktion geht proportional der Anzahl früherer Kuren, jedoch mit der Einschränkung, dafs bei vier Kuren der Höhepunkt (55—65% Ausheilung) erreicht wird.

4. Gar nicht mit Hg behandelte Syphilitiker zeigen nur selten (15%) negative Reaktion.

Für die Dauer der Kur darf nicht die Hg-Menge, sondern die Wirkung (negative Umwandlung) mafsgebend sein. Das Ziel jeder Syphilisbehandlung mufs die Erreichung einer dauernd negativen Reaktion sein. *Götz-München.*

Versuche einer Abortivbehandlung der Syphilis im Initialstadium. Vorläufige Mitteilung von Mariotti. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* XXXII. Fasc. 1.) Die Behandlung bestand in Bierscher Stauung der Sklerose, Injektionen von Hg-cyanat. in die Umgebung derselben und die Inguinalgegend, Einreibungen von grauer Salbe in diese. Sechs Fälle mit gutem Resultat, das aus der negativen Wassermannschen Reaktion folgerte. Verfasser hält selbst die Beobachtungszeit für zu kurz, um sich ein Urteil bilden zu können. *Haas-Hamburg.*

Abortivbehandlung der Syphilis durch intensive und frühzeitige Therapie, von Rob. Dubot. (*Ann. de la Policlinque centrale.* 1909. Nr. 9.) Mitteilung auf dem internationalen Kongrefs in Budapest, in der Verfasser noch einmal seine bekannten Ansichten über die Abortivbehandlung der Syphilis mittels Injektionen vom grauen Öl ausführlich bespricht. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über eine neue die Schwere des Verlaufs wirksam abschwächende, vielleicht abortive Behandlungsmethode der Syphilis, von H. Hallopeau. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 87.) Als lokale Therapie macht H. sofort nach Auftreten des Schankers in dessen Umgebung tägliche Injektionen vnn Atoxyl oder von Hectin, eines von M. Balzer bis jetz als ungefährlich erprobten Ersatzmittels des Atoxyls. Es werden jedesmal 0,1 g Atoxyl in 2 ccm Wasser gelöst 42 Tage hintereinander injiziert. H. hält das Atoxyl für gefährlich nur bei Individuen, die sich ihm gegenüber als hypersensibel erweisen. Er hat nur eine Amaurose erlebt, bei einem Manne, der bereits ein Jahr zuvor eine Embolie der Retinalarterie gehabt hatte. Bei diesem trat bereits nach fünf Injektionen von 0,05 g Atoxyl Amaurose ein. Er warnt deshalb, das Atoxyl bei Leuten anzuwenden, die irgendwelche Sehstörungen vorher hatten. Bei allen übrigen wendet er es in oben angegebener Weise in lokalen Injektionen an. Durch diese Behandlung soll die Sklerose zu baldiger Vernarbung gebracht und die Bildung von Drüsen, Roseola und papulösem Exanthem verhindert werden. Dann läfst er die allgemeine Behandlung folgen. Hier sieht er von der von ihm bisher geübten Atoxyl- und Arsacetinbehandlung wegen der Amaurosengefahr ab und gibt zwei Injektionen von 0,02 Hg benz. von je 14 Tagen, zwischen welche eine 14tägige Ruhepause liegt, zugleich läfst er anfangs 1, dann 2 g Jodkalium pro die nehmen.

Von den derartig behandelten Kranken hatte einer acht Monate nach Auftreten des Schankers keine Symptome bekommen und zeigte negative Wassermannsche Reaktion. Ein zweiter Kranker bekam sieben Tage nach Entstehung des Schankers 42

Atoxylinjektionen zu 0,1 g hintereinander und machte zu gleicher Zeit tägliche Einreibungen mit 6 g grauer Salbe. Es trat keine Drüsenschwellung und keine Roseola auf, aber am 69. Tage erschien eine Plaque auf der rechten Mandel, worauf eine Injektionskur von „Hectagyre MONNEYRAT" (1 ccm = 0,2 Hectin + 0,01 Hg) eingeleitet wurde. Nach neun Tagen war die WASSERMANNsche Reaktion noch positiv. Ein dritter Kranker bekommt als Lokalbehandlung zuerst tägliche Injektionen von Atoxyl, nach acht Tagen abwechselnd mit Hectin je 0,1 g, zugleich eine 30%ige Atoxylsalbe auf den Schanker appliziert. Es schlofs sich daran die oben beschriebene Kur mit Hg benzoic. und Jodkalium Nach einer Woche war der Schanker vernarbt, Drüsenschwellung trat nicht auf. HALLOPEAU hofft von einer weitgehenden Publikation dieser Tatsachen eine erhebliche Verminderung der Intensität und auch der Häufigkeit der syphilitischen Allgemeininfektion und mit ihr der parasyphilitischen Späterscheinungen.

Gunsett-Strafsburg.

Zum Aufsatze von Prof. GAUCHER über die Allgemeinbehandlung der Syphilis, von DUHOT. (*Ann. de la Policlinique centrale.* 1909. Nr. 5.) Scharfe Kritik eines unlängst von GAUCHER in *„Annales des Maladies veneriennes"* veröffentlichten Aufsatzes, den Verfasser als „antiscentifique, antihumanitaire und antisocial" bezeichnet. Die Veranlassung zu dieser Kritik gaben folgende (wohl veraltete! Ref.) Anschauungen GAUCHERS:

1. Für die Allgemeinbehandlung der Syphilis genüge im allgemeinen die Darreichung von Quecksilberpillen;
2. die Injektion von unlöslichen Präparaten seien — als gefährlich — zu verwerfen;
3. als einziges Injektionsmittel wäre das Hydrargyrum benzoicum zu empfehlen, aber nur dort, wo die Pillenbehandlung unmöglich ist.

Leon Feuerstein-Lemberg--Bad Hall.

Zur Frage der Präventivwirkung des Arsacetin bei Syphilis, von BOGROW. (*Russki Wratsch.* 1919. S. 153.) Bei einem 27jährigen Offizier, welcher am 13. Oktober coitiert hatte und am 19. November eine verdächtige Rhagade am Frenulum praeputii wahrnahm, die darauf allmählich sich ein wenig verhärtete, werden in der Zeit vom 27. November bis 22. Dezember sieben Injektionen von Arsacetin à 0,5, bei gleichzeitiger Anwendung einer Kalomelsalbe, injiziert. Am 29. Dezember trat dennoch ein deutliches papulöses Exanthem auf. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über Ergebnisse einer zusammengesetzten Quecksilber-Arsacetin-Chinintherapie bei Syphilis, von OSKAR NEUGEBAUER-Wien. (*Win. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) In einer gröfseren Versuchsreihe von Syphilisfällen wurden neben Quecksilberinjektionen solche mit Arsacetin und innerlich Chinin gegeben, aber ohne dafs besonders zufriedenstellende Resultate gesehen wurden. Weder konnte in präventiv behandelten Fällen das Auftreten von Allgemeinerscheinungen verhindert werden, noch Rezidive hintangehalten oder gemildert, vielmehr hatte es den Anschein, als ob letztere reichlicher und vielleicht auch früher auftraten. Dazu kam, dafs in einer Anzahl von Fällen suspekte Nebenerscheinungen von seiten des Arsacetins sowohl wie auch von seiten des Chinins zur Beobachtung kamen, die zur Vorsicht mahnen müssen. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Syphilis mit einer Kombination von Quecksilber und Arylarsonat, von F. J. LAMBKIN-London. (*Lancet.* 1. Januar 1910.) Seit etwa einem halben Jahr hat L. eine Verbindung von Quecksilber mit Arylarsonat, das von der Firma Greeff in Charlottenburg hergestellt und als Quecksilber-Atoxylat bezeichnet wird, ausgiebig angewandt. Das Präparat ist in Wasser unlöslich; es kann in Olivenöl oder in Paraffinum liquidum verabreicht werden oder in einer Mischung von Kreosot mit Acidum camphoricum und Palmitin. Man injiziert intramuskulär, nicht

subcutan, und gibt zweckmäſsig zunächst 0,04, wiederholt nach drei Tagen diese Dosis, gibt nach weiteren drei Tagen 0,09 und wiederholt letztere Gabe nach weiteren sieben Tagen. Aus 30 hier in den Hauptumrissen mitgeteilten Fällen von frischer Infektion scheint hervorzugehen, daſs das Mittel äuſserst günstige Resultate liefert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Hydrotherapie in der Behandlung der Syphilis, von P. Sabella-Rom. (*Il Morgagni*. 5. Februar 1910.) Der Verfasser empfiehlt eine Kombinierung der Quecksilber-Jodtherapie mit hydrotherapeutischer Behandlung in Form von kalter, von leichter Massage gefolgter Dusche, besonders in denjenigen Fällen, in denen mit der spezifischen Kur allein die üblichen guten Resultate nicht erzielt werden, ferner bei schweren Fällen, bei denen man eine sehr intensive Merkurialbehandlung anwenden muſs und zuletzt, wenn infolge von Idiosynkrasie das Quecksilber in normalen Dosen nicht vertragen wird. Die Hydrotherapie wirkt durch Anregung des Stoffwechsels, durch Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des Organismus und Vermehrung der biochemischen Defensivkräfte der Leukocyten. *Gunsett Straſsburg.*

Zur Injektionsbehandlung der Syphilis, von S. Jessner. (*Therap. Monatsh.* Februar 1910.) Jessner verwendet mit Vorliebe lösliche Hg-salze, insbesondere Hg oxycyanatum in 1—2% Lösung. Hiervon injiziert er täglich 1 ccm von den 1%, dreimal wöchentlich 1 ccm von den 2% Lösungen. Das lebhafte Befremden Jessners über die ihn konsultierenden Reisenden, die unterwegs vielfach Hg salicylicum injiziert bekommen, werden zahlreiche Dermatologen nicht teilen. Das von Neisser empfohlene Asurol möchte Verfasser mit den anderen löslichen Mitteln, insbesondere dem Hg oxycyanatum, in klinischen Instituten verglichen wissen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung der Syphilis mit tiefen Injektionen, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Ohio State med. Journ.* Dezember 1909.) 30jährige Erfahrungen in der Behandlung der Syphilis haben die prompte Wirksamkeit und Gefahrlosigkeit der intramuskulären Injektionen erwiesen (die bekanntlich in den Vereinigten Staaten vom Praktiker noch sehr häufig abgelehnt werden. Ref.). *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Quecksilber, von George S. Walton-Dublin. (*Dublin Journ. med. science.* Bd. 3, Nr. 459.) Empfehlung der Injektionen mit Oleum cinereum und Kalomel. *Schourp-Danzig.*

Über unsere Erfahrungen auf dem Gebiete der Behandlung der Syphilis mit Oleum cinereum, von H. Kanitz und F. Veress-Kolozsvár. (*Börés Bujakórtan*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag*. 1909. Nr. 3.) Die Verfasser kamen zur Überzeugung, daſs das Lob, das man in neuerer Zeit dem Oleum cinereum so häufig gespendet hat, nicht in jeder Hinsicht berechtigt ist. Zu den Versuchen wurde verwendet: 1. Nach der Vorschrift Langs angefertigtes 30- und 50%iges Ol. cin. 2. Mit Oleum Dericini angefertigtes, von Zieler empfohlenes 40%iges Ol. cin. 3. Das Koppsche 40%ige Ol. cin.-Vasenolit. Einen wesentlicken Unterschied zwischen der Wirkung der drei Quecksilberpräparate konnten die Verfasser nicht wahrnehmen. Die Kur mit Oleum cinereum ist eines der stärksten Heilverfahren. Die Wirkung ist nämlich stark und dauerhaft, entspricht also den Anforderungen, die man an ein gutes antiluetisches Präparat stellt. Die Verfasser fassen ihre Meinung in folgendem zusammen: 1. Die Injektionen rufen in einzelnen Fällen lokale Komplikationen hervor und zwar in Form von schmerzhaften Infiltrationen. Letztere wurden namentlich nach subcutaner Injektion des Langschen Ol. cin. wahrgenommen. Später wurden deshalb ausschlieſslich tiefe intramuskulare Injektionen gemacht. Die mehr oder weniger starke Infiltration verschwand gröſstenteils, aber in einigen Fällen bildeten sich chirurgischen Eingriff beanspruchende Abscesse. 2. Bei den so behandelten Patienten waren sogenannte späte Stomatitiden häufig, deren Auftreten die nach der Kur vor-

genommene Mundpflege nicht zu verhindern imstande war. 3. Einzelne Patienten, namentlich Frauen, starke, gut genährte Individuen, verfielen nach der Beendigung der Kur in eine auffallende Blutarmut. 4. In je zwei Fällen trat schwere, allgemeine Quecksilbervergiftung auf. Die verbrauchte Quecksilbermenge war verhältnismäfsig gering. Bei einem Patienten äufserte sich die Vergiftung in schwerer Stomatitis und Colitis, bei dem andern in Stomatitis, Gastroenteritis und Nephritis. Wenn man die Ursache dieser Vergiftungen erforschen will, tauchen folgende Fragen auf: Wurden sie von technischen Fehlern hervorgerufen? Nein. Die Injektionen wurden mit Beachtung der vorgeschriebenen Vorsichtsmafsregeln, mit strenger Einhaltung der Anforderungen der Asepsis, mit Benutzung der üblichen Kunstgriffe vorgenommen. Auch Dosierungsfehler wurden nicht gemacht. Die maximalen Dosen wurden gar nicht erreicht. Auch die verwendeten Präparate waren die richtigen. In einem Falle wurde Zieleersches Öl, im anderen Falle Öl nach Vorschrift Langs benutzt. Beide Patienten waren gut genährte, kräftige Individuen. Die Verfasser sind der Ansicht, obgleich sie das Ol. cinereum nicht verwerfen wollen, dafs die Injektionen in einzelnen Fällen die schwierigsten Quecksilbervergiftungen hervorrufen. Dieser Gefahr kann man mit der zweckmäfsigen Auswahl der Fälle nicht entgehen, auch bei der vollkommensten Injektionstechnik nicht. *Poross-Budapest.*

Asurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung, von A. Neisser-Breslau. (*Therap. Monatsh.* Dez. 1909.) Asurol ist ein Doppelsalz aus Hg-salicylat und amidooxyisobuttersaurem Natrium mit einem Gehalt von 40,3 % Quecksilber. Asurol ist ein lösliches Präparat, fällt kein Eiweifs und macht daher an den Injektionsstellen keine Infiltrate. Die Resorption der injizierten Lösung geht rasch von statten. Asurol entfaltet daher eine sehr akut einsetzende und energische, allerdings weniger nachhaltige Wirkung. Ebenso stellen sich Nebenwirkungen, wie Zahnfleischschwellung und zuweilen kolikartige Schmerzen, sehr bald ein, nach 24 Stunden, um allerdings ebensobald wieder zu vergehen. Die wichtigste Eigenschaft des neuen Asurols ist die, dafs man sehr viel gröfsere Einzeldosen des Asurols, also von Hg, injizieren kann, ohne wirkliche Organschädigungen oder gar Vergiftung befürchten zu müssen. Albuminurie und Cylindrurie sind selten und dann nur vorübergehend. Etwas häufiger sind Koliken acht bis zehn Stunden nach der Injektion. Sie betreffen meist Menschen, die schon sonst an Darmaffektionen litten. Asurol ist anscheinend ungiftiger als gewöhnliche lösliche Hg-Salze, ohne indes therapeutisch unwirksamer zu sein. Wahrscheinlich wird das Asurol im Organismus erst allmählich durch die Salze des Serums in eine wirksame Form überführt, wie sonst bei den unlöslichen Hg-Salzen. Reine Asurolkuren sind wegen der zu wenig nachhaltigen Wirkung nicht ausreichend. Sehr empfehlenswert als Kur ist Asurol in Kombination mit dem grauen Öl. Die Oleum cinereum-Kur wird als solche eingehend beschrieben. *Arthur Schucht-Danzig.*

Einige Worte über das Mergal, von Herbsmann. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 2.) Bei Anwendung des Mergals sah Verfasser frühzeitige Rezidive, Störungen des Magen-Darmtraktus, Zahnfleischentzündungen usw. auftreten, so dafs er diesem Präparat keinen Vorzug vor den bisherigen inneren Mitteln bei Syphilis zu geben vermag. *Arthur Jordan-Moskau.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. | №. 9. | 1. November 1910.

Aus dem pathologischen Institut (Vorstand Professor Dr. H. Albrecht) und der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Vorstand Dozent Dr. G. Nobl) der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Serologische Untersuchungsergebnisse mit Rücksicht auf vorausgegangene Therapie und präventive Behandlung.

Von

Dr. Leopold Arzt, Assistenten am Institut,

und

Dr. Hugo Fasal, Assistenten der Abteilung.

Mit 11 Tabellen und 2 Kurven im Text.

Im folgenden möge über die Untersuchungsergebnisse, die im pathologischen Institut mit dem Materiale der dermatologischen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien erhoben wurden, berichtet werden. Obwohl die Zahlen keine exorbitante Höhe erreichten — die Untersuchungen umfassen einen Zeitraum von sechs Monaten —, ist es gewiſs von Interesse, die Untersuchungsergebnisse verschiedener Stationen kennen zu lernen, um aus ihrem Vergleich Schlüsse, nicht über die Verwendbarkeit der Methode überhaupt, die auſser Zweifel steht, zu ziehen, sondern um einen Überblick über die Resultate in den einzelnen Stadien der luetischen Infektion sowie über den Einfluſs der antiluetischen Therapie auf den Ausfall der Reaktion zu erlangen und vielleicht auf diese Weise diejenigen Kriterien zu klären und zu erweitern, die die therapeutischen Maſsnahmen vor der Wassermannschen Reaktion bestimmten.

In dieser Hinsicht dürften auch die nachstehenden Erörterungen eine gewisse Beachtung beanspruchen. Insbesondere wurde der Frage der Änderung der Reaktion als Folge einer antiluetischen Kur,, dann aber auch dem Verhalten der Reaktion nach Exzision des Primäraffektes und sofortigem Einsetzen der Therapie (sog. Präventiv- oder Frühbehandlung) besonderes Augenmerk zugewandt.

Um nicht mit Wiederholungen unnötiger Literaturangaben zu ermüden wurden sie, soweit es überhaupt möglich war, übergangen, und verweisen

wir diesbezüglich auf die ausführlichen Literaturangaben in der Monographie BRUCKS (3), „Die Serodiagnose der Syphilis", der die ganze Literatur bis Ende September 1909 in seiner Arbeit berücksichtigt hat.

Was die Methode unserer Untersuchungen betrifft, so glauben wir uns auch diesbezüglich möglichst kurz fassen zu sollen. — Es wurde bei allen Untersuchungen nach den Originalvorschriften WASSERMANNS mit den notwendigen Kontrollen gearbeitet und immer eine grofse Reihe von Sera gleichzeitig untersucht. Als Antigen verwendeten wir einen alkoholischen Extrakt, der aus der Leber eines hereditärluetischen Kindes mit reichlichem Gehalt an Spirochäten gewonnen wurde. Der verwendete Amboceptor wurde selbstverständlich vor jeder Versuchsreihe auf die Höhe seiner lösenden Dosis in einem Vorversuch geprüft. Wir bezeichneten die Reaktionen je nach ihrer Intensität mit †, †† oder ††† und rechneten nur die beiden letzteren Bezeichnungen als positiv, während wir die mit † bezeichneten den negativen Reaktionen einreihten.

Wir haben das gesamte von uns untersuchte Material vom klinischen Standpunkte aus in verschiedene Gruppen eingeteilt und möchten die Ergebnisse unserer Untersuchungen in drei Unterabteilungen geordnet besprechen, und zwar:

I. Die klinische Bedeutung und Verwertbarkeit der WASSERMANNschen Reaktion in den verschiedenen Stadien der Erkrankung überhaupt.

II. Den Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion in den verschiedenen Spezialfächern.

III. Den Einflufs der Therapie auf den Ausfall der Reaktion.

I. Die klinische Bedeutung und Verwertbarkeit der WASSERMANNschen Reaktion in den verschiedenen Stadien der Erkrankung überhaupt.

Bei Ausscheidung aller von uns untersuchten Fälle (etwa 700), die nicht in die drei Stadien der luetischen Erkrankung eingerechnet werden können, resultieren für unser Untersuchungsmaterial folgende Zahlen:

Tabelle 1.

Gesamtzahl der untersuchten Luesfälle (ohne präventiv behandelte Fälle)	391
Davon reagierten positiv	248 = 63,4 %
„ „ negativ	143 = 36,6 %

In der Gesamtzahl der untersuchten Luesfälle in vorstehender Tabelle wurden nur die Erkrankungen des primären, sekundären und tertiären Stadiums und der Latenz eingereiht, unter denen die Gruppe der Latenz bei weitem die höchsten Zahlen umfafst (286 Fälle = 73 % der Gesamtzahl der untersuchten Luesfälle).

Obwohl ja in gewisser Hinsicht die präventiv behandelten Fälle in das Stadium der primären luetischen Erkrankung gehören, haben wir sie von der Gesamtzahl unserer Beobachtungen abgetrennt. Wir glauben dies damit begründen zu sollen, daſs diese Fälle unbedingt eine eigene Besprechung erfordern, welche ihnen auch bei der Frage des Einflusses der Therapie auf den Ausfall der Reaktion zuteil werden soll.

Die Gesamtzahl der untersuchten Luesfälle zerfällt nun nach dem Stadium der Erkrankung in folgende Gruppen:

A. Primäres Stadium.

Tabelle 2.

Gesamtzahl der untersuchten Fälle des primären Stadiums.....	22
Davon reagierten positiv	18 = 82,6 %
„ „ negativ	4 = 17,4 %

Diese von uns erhobenen Zahlen reihen sich den Untersuchungsergebnissen jener Autoren an, die die gröſste Anzahl von positiven Reaktionen erhielten.

Irgendeine feststehende Prozentzahl von positiven Ergebnissen im primären Stadium läſst sich aus den in der Literatur niedergelegten Zahlen nicht erkennen.

An diesem Verhältnis ist wohl vor allem der Umstand schuld, daſs die serodiagnostische Untersuchung in den verschiedensten Zeitpunkten des primären Stadiums angestellt wurde, also gewiſs in einer gröſseren Anzahl von Fällen zu Beginn der zweiten Inkubation, wo ein negativer Ausfall der Reaktion eigentlich zu erwarten ist.

Andererseits ist aber auch die Zahl der untersuchten Fälle des primären Stadiums bei allen Autoren verhältnismäſsig die niedrigste und schwankt zwischen 4 und 64 Fällen, während der Prozentsatz der positiven Reaktion sich zwischen 33 % (Werther [18], 30 Fälle) und 95 % (Grosser [3], 20 Fälle) bewegt.

Wir selbst untersuchten 22 Fälle des primären Stadiums und auſserdem 27 präventiv behandelte, die wir aber in die Tabelle 2 nicht einreihten.

Zum Vergleich der von uns erhaltenen Zahlen sind im folgenden einige Daten, die ebenfalls die Untersuchungsresultate des primären Stadiums betreffen, angeführt:

Bruck-Stern (3) 48,2 %, Merz (3) 71,6 %, Grosser (3) 95 %, Bering (1), 1910, 39 %, Blumenthal (2), 1910, 62 %, Fischer (4), 1910, zwischen 24,5—89 %, Friedländer (5) 69 %, Gelarie (6), 1910, 90 %, Marschalkó (12), Jancsó und Csiki 86,9 % positive Resultate.

Aus den nur auszugsweise mitgeteilten Zahlen geht wohl zur Genüge die groſse Schwankung des Ausfalles der Reaktion im primären Stadium hervor.

Bei der Aneinanderstellung und kritischen Betrachtung dieser Zahlen taucht aber vor allem die Frage auf, in welchem Zeitpunkt nach der Infektion ist eine positive Reaktion zu erwarten? ein Umstand, der, wie ja schon betont, in ausgedehntem Maſse die Differenz der verschiedenen erhaltenen Zahlen erklärt.

In nachstehender Tabelle versuchten wir nun die Fälle des primären Stadiums — mit Ausnahme der präventiv behandelten — zusammenzustellen, um eine Übersicht über den Zusammenhang der positiven Reaktion mit dem Zeitpunkt der Infektion zu erhalten.

Tabelle 3.

Zeitpunkt nach der Infektion	Zahl der untersuchten Fälle	Davon reagierten positiv	Davon reagierten negativ	Das ist in % positive Reaktion
3. bis 4. Woche post infectionem	3	—	3	—
4. bis 5. Woche post infectionem	6	5	1	83,3 %
6. bis inkl. 8. Woche	12	11	1	96,6 %

Beim Vergleiche dieser Zusammenstellung in der Tabelle 3 ergeben sich Differenzen mit Tabelle 2, die die Fälle des primären Stadiums umfaſst; dieselben sind darauf zurückzuführen, daſs ein Fall in die Tabelle 3 überhaupt nicht aufgenommen wurde.

Es handelte sich um einen unbehandelten Patienten, der etwa acht Wochen nach der Infektion zur Untersuchung kam und positive Reaktion zeigte. Zwei Monate später änderte sich die Reaktion und wurde negativ.

Dieses Untersuchungsergebnis steht im Einklang mit den Angaben Fischers (4), der in fünf Fällen ein Schwinden der positiven Reaktion in der 10. bis 13. Woche beobachten konnte.

Auſserdem wurden zwei Fälle in die Tabelle 3 aufgenommen, die im Primärstadium negativ reagierten, kurze Zeit später aber beim Auftreten von sekundären Erscheinungen eine positive Reaktion zeigten.

Wir können also aus dieser Zusammenstellung ersehen, daſs der positive Ausfall der Reaktion erst von der vierten Woche an aufzutreten pflegt. In der sechsten bis achten Woche steigt die Prozentzahl der positiven Reaktionen bis auf 96,6%. In den ersten drei bis vier Wochen nach der Infektion konnten wir bei drei untersuchten Fällen überhaupt kein positives Resultat erhalten.

Fischer (4) hat erst in jüngster Zeit (1910) die gleiche Frage, den Zeitpunkt des Auftretens der positiven Reaktion post infectionem, untersucht und kommt zu ähnlichen Resultaten. Er findet nach 5—6 Wochen

29,5%, nach 7—8 Wochen 71,5%, nach 9—10 Wochen 88% und bei unsicherer Infektion 89%. Er kommt zu dem Schluſs, „daſs ein nennenswerter Prozentsatz von positiven Reaktionen erst in der siebenten Woche nach der Infektion auftritt".

Auch unsere Zahlen steigen erst von der fünften Woche an und erreichen ihren Höhepunkt nach der sechsten Woche.

Wir haben schon im voranstehenden die groſsen Schwankungen in den Untersuchungsergebnissen der einzelnen Autoren erwähnt, wie sie im primären Stadium beobachtet wurden.

Wenn wir nun aus der Gruppe der präventiv behandelten Fälle diejenigen, welche eigentlich in das primäre Stadium gehören, zu den in der Tabelle 2 mitgeteilten Fällen hinzurechnen, verschieben sich wiederum beträchtlich unsere Untersuchungsergebnisse. Von der Gesamtzahl, die dann 31 Fälle umfaſst, reagieren 23 positiv und 8 negativ, was einer Prozentzahl von 74,5% entspricht.

Aus diesen kurzen Erörterungen schon ist ersichtlich, daſs die Zahlen des primären Stadiums vielfach von der Zusammmenstellung der einzelnen Autoren abhängig sind, insbesondere aber auch, wie wir bereits früher erwähnten, von dem Zeitpunkte, in dem die Reaktion angestellt wurde.

B. Sekundäres Stadium.

Tabelle 4.

Gesamtzahl der untersuchten Fälle des sekundären Stadiums...	55
Davon reagierten positiv	51 = 92,7%
„ „ negativ	4 = 7,3%

Von den negativ reagierenden Fällen des sekundären Stadiums hatten wohl zwei manifeste Erscheinungen einer sekundären Lues, und zwar der erste (J. M. 280) Plaques im Munde bei zweijähriger Dauer der Erkrankung. Derselbe hatte aber kurz vor der Blutuntersuchung Injektionen von Salicyl-Quecksilber erhalten, stand also unter dem unmittelbaren Einfluſs einer energischen antiluetischen Behandlung.

Der zweite negativ reagierende Fall (J. Br. 372) zeigte Psoriasis palmaris und eine Leukoplakia linguae. Auch dieser Patient hatte kurz vorher eine energische antiluetische Kur in Form von 40 Einreibungen durchgemacht.

Der dritte Fall (N. T. 128) betraf ein von auswärts zur Untersuchung eingesandtes Serum, das nach den Angaben des Arztes von einem Patienten mit Skrotalpapeln stammte. Nähere Anamnese unbekannt. Da die Reaktion nur einmal, und zwar erst mehrere Tage nach der Blutentnahme, ausgeführt wurde, eine neuerliche Untersuchung, wie es für solche Fälle von allen Autoren verlangt wird, aus äuſseren Gründen aber

unmöglich war, so glauben wir in diesem Falle dem negativen Ausfall nur eine ganz untergeordnete Bedeutung beilegen zu sollen.

Wir hielten uns aber, obwohl wir den Fall nicht klinisch beobachten konnten, für verpflichtet, denselben, der ja in vieler Hinsicht nicht einwandfrei ist, mitzuteilen, um uns von dem Vorwurf einer einseitigen Bearbeitung des von uns untersuchten Materials freizuhalten.

Der vierte negativ reagierende Fall (E. R. 55) zeigte makulöses Exanthem, Psoriasis palmaris und Papeln ad scrotum. Dieser Fall war der einzige, der trotz ausgebreiteter manifester sekundär-luetischer Erscheinungen und obwohl er unbehandelt war, eine negative Reaktion gab.

Wenn wir also von den vier negativ reagierenden Fällen des sekundären Stadiums die drei ersten, deren Krankengeschichten wir kurz mitteilten und die ja, wie ersichtlich, mit Berechtigung ausgeschieden werden können, aus der Berechnung eliminieren, so verschieben sich wieder nicht unbeträchtlich unsere Zahlen.

Wir erhalten dann für die Fälle des sekundären Stadiums 98% positive Reaktion.

In der Literatur schwanken die Ergebnisse dieses Stadiums nach der Zusammenstellung Brucks zwischen 71 (Markus, 14 Fälle) und 100% (Schonefeld, 112 Fälle).

Bruck selbst und seine Mitarbeiter fanden in drei Untersuchungsreihen: Bruck-Stern 87,1%, Merz 97,8%, Grosser 92%.

Die Ergebnisse der neueren Untersuchungen sind: Bering (3) 100%, Blumenthal (2) 95%, Fischer (4) 91%, Gelarie (6) 90%, Marschalkó (12) und seine Mitarbeiter 100%; Mauriac (13) teilt seine Fälle in zwei Gruppen, in behandelte 54% und in unbehandelte 88%; Werther (18) 94,7%.

C. Tertiäres Stadium.

Tabelle 5.

Gesamtzahl der untersuchten Fälle des tertiären Stadiums	28
Davon reagierten positiv	21 = 75%
„ „ negativ	7 = 25%

Aus dieser Tabelle ist wohl vor allem die Zunahme der negativen Reaktionen gegenüber dem sekundären Stadium ersichtlich (25% gegen 7,6%).

Ähnliche Zunahmen der negativen Reaktion finden sich auch bei vielen anderen Untersuchern, deren Ergebnisse nach der Zusammenstellung Brucks zwischen 63% (Gross und Volk) und 100% (Blumenthal-Roscher, Bruns-Halberstädter, Meier, Schonefeld) schwanken.

Bruck selbst und seine Mitarbeiter erhielten: Bruck-Stern 57,4%, Merz 80,3%, Grosser 57,8%.

Von den neueren Untersuchunsgergebnissen wollen wir nur die Resultate BERINGS (1) 37%, BLUMENTHALS (2) 95%, FISCHERS (4) 86,5%, FRIEDLÄNDERS (5) 75%, MARSCHALKÓS (12) und Mitarbeiter 52%, MAURIACS (12) unbehandelte Fälle 81,3%, behandelte Fälle 76,9%, WERTHERS (13) 80% erwähnen.

D. Latenz.

Tabelle 6.

Gesamtzahl der untersuchten Fälle der Latenz	286
Davon reagierten positiv	158 = 55,2%
„ „ negativ	128 = 44,8%

Diese Zahlen zeigen wiederum ein bedeutendes Absinken der positiven Reaktion im Stadium der Latenz im allgemeinen im Vergleich zum Tertiärstadium.

Wegen des grofsen Zeitraumes aber, welchen dieses Stadium umfafst, dann aber auch wegen der später zu besprechenden Einflufsnahme der Therapie schien es uns geboten, diesen Zeitabschnitt in zwei Unterabteilungen zu trennen: die Frühlatenz und die Spätlatenz.

a) Frühlatenz.

In dieses Stadium rechneten wir mit einer gewissen Willkür, um eine feste Grenze aufzustellen, alle jene Fälle, welche innerhalb von vier Jahren nach der Infektion zur Untersuchung kamen. Dieselben sind in folgender Tabelle zusammengestellt.

Tabelle 7.

Gesamtzahl der untersuchten Fälle von Frühlatenz	99
Davon reagierten positiv	62 = 62,6%
„ „ negativ	37 = 37,4%

Bei der gesonderten Zusammenstellung der Fälle der Frühlatenz steigt im Gegensatz zur Latenz im allgemeinen die Prozentzahl der positiven Reaktion wieder von 55,2% auf 62,6%.

b) Spätlatenz.

Tabelle 8.

Gesamtzahl der untersuchten Fälle	187
Davon reagierten positiv	98 = 52,4%
„ „ negativ	89 = 47,6%

In diese Gruppe wurden alle jene Fälle zusammengefafst, die später als vier Jahre nach der Infektion zur Untersuchung kamen. Es zeigt sich eine beträchtliche Abnahme der Prozentzahl von 62,6% der Frühlatenz auf 52,4% der Spätlatenz.

Die Zahlen der positiven Reaktionen der Latenz im allgemeinen und der Spätlatenz decken sich so ziemlich: 55,2% zu 52,4%.

Gerade für das Stadium der Latenz bildet die WASSERMANNsche Reaktion einen ungeheuren Vorteil. Bei dem Fehlen jeglicher klinischer Anhaltspunkte für einen vorausgegangenen luetischen Primäraffekt, bei der oft nur mangelhaften und unzuverlässigen Anamnese und bei der absichtlich verschwiegenen oder geleugneten Infektion ist eine positive Reaktion oft die einzige Stütze der Diagnose.

Infolge der — wie auch aus unseren Zahlen ersichtlich — bestehenden Differenz in der Prozentzahl der positiven Reaktion im Stadium der Latenz, je nach der Dauer der Erkrankung, haben auch die einzelnen Autoren dieses Stadium in eine Früh- und Spätlatenz eingeteilt.

So fanden nach der Zusammenstellung BRUCKS: MARKUS 13% (23 Fälle), SCHONEFELD 85% (20 Fälle); BRUCK selbst und seine Mitarbeiter geben folgende Zahlen: BRUCK-STERN in der Frühlatenz 20%, in der Spätlatenz 20,2%, MERZ wieder 33,4% und 30,8%, GROSSER in der Latenz im allgemeinen 33,3%.

Von den neueren Autoren erhielten BLUMENTHAL (2) Frühlatenz 68%, Spätlatenz 42%, FISCHER (4) 40% und 31%, GELARIE (6) 70% und 50%, MARSCHALKÓ (12) und seine Mitarbeiter 66,2% und 52,6%, WERTHER (18) 57% und 40%.

Schon aus diesen wenigen Daten ist ersichtlich, daſs einerseits die Zahlen der positiven Reaktionen mit der Zunahme der Zeit, die seit der Infektion verstrichen ist, abnehmen, andererseits gerade in diesem Stadium ganz besondere Schwankungen in der Prozentzahl der positiven Reaktionen vorkommen, die ja gewiſs auch, in mancher Beziehung wenigstens, mit therapeutischen Maſsnahmen im Zusammenhang stehen.

Auch sind die beiden Gruppen Früh- und Spätlatenz nicht einheitlich gefaſst, da verschiedene Autoren den Eintritt der Spätlatenz vom zweiten bis vierten Jahre nach der Infektion rechnen.

Aus unseren Untersuchungen geht in Übereinstimmung mit den Angaben anderer Autoren die groſse Prozentzahl der positiven Reaktionen, besonders im sekundären Stadium, hervor, wo sie ihren Höhepunkt erreicht, um dann wieder im tertiären Stadium und besonders in der Latenz abzusinken.

Auch im Stadium der Latenz ist der positive Ausfall, trotzdem nur ungefähr die Hälfte aller Fälle positive Reaktion zeigten, von eminenter Wichtigkeit in praktischer Beziehung, da er ja, wie früher auseinandergesetzt, oft allein die Diagnosenstellung ermöglicht, und es daher doch wenigstens in der Hälfte aller Fälle dieses Stadiums möglich ist, durch die Serumuntersuchung zu einer Diagnose zu gelangen.

II. Untersuchungsergebnisse zu diagnostischen Zwecken in verschiedenen Spezialfächern.

Außer den Patienten der dermatologisch-syphilitischen Abteilung kamen uns zum Zwecke der Klärung der Ätiologie von den verschiedenen Spezialabteilungen Sera zur Untersuchung zu.

So wurden von uns 72 Fälle der Ohrenabteilung untersucht, und hat der eine der Autoren die Ergebnisse bereits anderweitig verwertet.

52 Fälle betrafen Erkrankungen der Nase und des Kehlkopfes, die ebenfalls bereits mitgeteilt wurden.

Von Erkrankungen der Augen kamen 18 Fälle zur Untersuchung, die die verschiedensten Krankheiten betrafen.

Hervorheben wollen wir nur, daß wir in den sechs zur Untersuchung gekommenen Fällen, die uns mit der Diagnose Keratitis parenchymatosa überwiesen wurden, fünfmal eine positive Reaktion erhielten, also 83,3 %. A. Leber (10) fand bei 82 untersuchten Fällen von Keratitis parenchymatosa 74,4 % Luesfälle.

Unter den 34 untersuchten Fällen, die Erkrankungen des Nervensystems betrafen, reagierten 22 positiv, 12 negativ.

Davon betrafen 15 Fälle Patienten und Patientinnen mit sicherer Tabes, von denen wiederum 14 positiv und nur einer negativ reagierten.

Von vier Fällen mit fraglicher Tabes (gastrische Krisen, Ataxie usw.) reagierten zwei positiv, zwei negativ.

In drei zur Obduktion gekommenen Fällen von hochgradiger Aortitis luetica konnten wir dreimal eine positive Reaktion mit dem Leichenserum erhalten.

Wir haben nur der Vollständigkeit halber diese Untersuchungen in den verschiedenen Spezialdisziplinen erwähnt, ohne an dieser Stelle daraus irgendwelche Schlüsse ziehen zu wollen. Auch verweisen wir bezüglich der Literatur auf die einzelnen Fachzeitschriften.

III. Der Einfluß der Therapie auf den Ausfall der Reaktion.

Bei dem Stande der heutigen Kenntnisse über die praktische Verwertbarkeit der Reaktion, die, von allen Seiten anerkannt, in der Syphilisdiagnose eine wichtige Untersuchungsmethode vorstellt, drängt sich vor allem die Frage des Zusammenhanges der Therapie mit dem Ausfall der Reaktion auf.

Wir wollen daher gerade diesen Punkt und besonders den Einfluß der Frühbehandlung auf den Ausfall der Reaktion etwas eingehender besprechen.

A. Primärstadium.

War es vor nicht allzulanger Zeit beim Auftreten suspekter Primäraffekte üblich, mit der antiluetischen Therapie zwecks Sicherstellung der Erkrankung bis zum Auftreten des ersten Exanthems zu warten, so änderte sich mit der Entdeckung des Erregers der Lues die Unsicherheit der Diagnosestellung der Geschwüre, da ja bei positivem Spirochätenbefund der Charakter der Erkrankung feststeht und logischerweise dem Einleiten einer antiluetischen Kur nichts mehr im Wege liegt. Die Besorgnis vor schweren klinischen Erscheinungen bei Einleitung der Therapie vor Auftreten der ersten Allgemeinerscheinungen hat sich ebenfalls als nicht begründet erwiesen.

Von diesen Erwägungen ausgehend mufs daher die antiluetische Behandlung so früh als überhaupt nur möglich, einen positiven Spirochätenbefund vorausgesetzt, eingeleitet werden, um ein Urteil über die Vor- oder Nachteile der Frühbehandlung zu gewinnen.

Ein entsprechender Effekt dieser Therapie müfste sich also einerseits in dem weiteren klinischen Verlauf dieser Fälle, andererseits aber auch eventuell in einem negativen Ausfall der Serumuntersuchung zeigen.

Wir möchten uns vor allem unter den Fällen des primären Stadiums der Besprechung der sogenannten präventiv behandelten Fälle zuwenden, welche nach den oben mitgeteilten Erwägungen möglichst früh nach der Infektion einer allgemeinen Kur, den positiven Spirochätenbefund vorausgesetzt, unterzogen wurden.

Wo es bei diesen Fällen nur irgendwie anging, wurde auch die sofortige Exzision des Primäraffektes vorgenommen.

Tabelle 9.

Gesamtzahl der präventiv behandelten Fälle	27
Davon reagierten positiv	8 = 29,7 %
„ „ negativ	13 = 48,0 %
„ zeigten schwankende Reaktion	6 = 22,3 %

Von den 27 hier zusammengestellten Fällen, die präventiv behandelt wurden, wurde bei 23 die Exzision des Primäraffektes ausgeführt. Bei vieren konnte teils aus äufseren Gründen, teils wegen der Lokalisation der Sklerose die Exzision nicht vorgenommen werden.

Von diesen vier Fällen ergaben alle vier nach energischer Behandlung eine negative Reaktion.

Fall 1. W. B. April 1908. Sklerose im Sulcus, sofort energisch antiluetisch behandelt (13,5%ige Sublimat-Injektionen). Zwei Monate nach der Kur negative Serumreaktion, nach weiteren zwei Monaten ein papulöses Exanthem.

Fall 2. F. L. Sklerose Februar 1908, energische Behandlung, April Papeln, 22. Mai negative Serumreaktion.

Fall 3. H. M. Sklerose August 1909. Energische Injektionskur (16 Injektionen Ol. cineri). 3. Dezember Plaques an den Tonsillen. WASSERMANN Ende August positiv, 18. Januar 1910 negativ.

Fall 4. M. R. Infektion vor 17 oder 24 Tagen, Sklerose im Sulcus, auf die Glans übergreifend, Skleradenitis beiderseits, Spirochäten positiv. 10. September 1908 Beginn der allgemeinen Behandlung mit Injektionen von Hydrargyrum salicylicum à 0,5, am 11. September Lokalbehandlung (Hydrargyrum sozojodolicum, später graues Pflaster) der Sklerose. Heilung der Sklerose nach zehn Tagen, Rückgang der Skleradenitis. Nach zwölf Injektionen keine Erscheinungen, WASSERMANN am 19. Februar 1909 negativ. Neuerliche Untersuchung Frühjahr 1910 abermals negativ, keinerlei Erscheinungen. In der Zwischenzeit energische Kuren, niemals irgendwelche Erscheinungen.

Von diesen vier Fällen, die präventiv ohne Exzision des Primäraffektes behandelt wurden, reagierten alle negativ. Ohne weittragende Schlüsse aus diesen vier Fällen ziehen zu wollen — dazu ist ihre Zahl zu gering —, scheint es doch, dafs die Exzision des Primäraffektes nur als lokale, hygienisch zweckmäfsige Mafsregel in Betracht kommt, dafs ihr dagegen in bezug auf das Auftreten der Allgemeinerscheinungen — im Vergleich zur Wichtigkeit der Frühbehandlung — keine allzu grofse Bedeutung zukommt.

Einen interessanten Fall stellt wohl der vierte (M. R.) vor, der trotz sichergestellter Lues (positiver Spirochätenbefund) bei sofortiger Einleitung der Präventivbehandlung sowohl klinisch als auch serologisch heute, das ist 20 Monate nach dem Auftreten der Sklerose, als gesund zu betrachten ist und in der ganzen Zeit bei energischer Behandlung keinerlei Erscheinungen zeigte.

Daran wollen wir zusammenfassend die Besprechung jener präventiv behandelten Fälle reihen, die ebenfalls negativ reagierten, bei denen aber eine Exzision des Primäraffektes sofort bei Einleitung der allgemeinen Behandlung vorgenommen wurde.

Es sind dies im ganzen neun Fälle, von denen sieben trotz energischer Behandlung Allgemeinerscheinungen bekamen, teils in Form von makulös-papulösen Exanthemen, teils als Plaques, Alopecia specifica usw. Niemals aber traten irgendwelche maligne Erscheinungen auf.

Zwei zeigten überhaupt keinerlei Erscheinungen, und zwar:

Fall 1. A. Sch. August 1907 Exzision der Sklerose, Spirochäten positiv, zwei energische Injektionskuren (Salicyl-Quecksilber). Bei seiner letzten Untersuchung März 1909 keine Erscheinungen, WASSERMANN negativ.

Fall 2. A. K. September 1907 Sklerose des inneren Präputialblattes. Spirochäten positiv. Exzision, beginnende Skleradenitis, Beginn der Allgemeinbehandlung (Salicyl-Quecksilber, 24 Injektionen). Trotz wiederholter regelmäfsiger Kontrolluntersuchungen keine Erscheinungen. WASSERMANN bisher negativ.

Diese beiden letzten Fälle sind dem Fall 4 (M. R.), bei dem eine Exzision der Sklerose nicht vorgenommen wurde, in bezug auf ihren Ver-

lauf gleichzustellen. Bei allen dreien zeigten sich nach energischer Frühbehandlung der durch positiven Spirochätenbefund sichergestellten luetischen Infektion keinerlei klinische Allgemeinerscheinungen. Dieser negative klinische Befund ging auch mit einer negativen WASSERMANNschen Reaktion einher. Es blieb der erste Fall bis jetzt durch 19 Monate, der zweite und dritte etwa durch 30 Monate frei von einer positiven Serumreaktion bei gleichzeitigem Mangel jeder luetischen Allgemeinerkrankung.

Bei den acht positiv reagierenden Fällen unter den präventiv behandelten war die Exzision des Primäraffektes vorgenommen worden.

Von diesen acht Fällen zeigten wieder sechs Fälle allgemeine Erscheinungen trotz energischer Frühbehandlung. Zwei waren ohne Erscheinungen.

Fall 1. B. S. Infektion am 7. Februar 1910. Am 28. Februar 1910 Sklerose, Spirochäten positiv, Skleradenitis, Exzision. 1. März Beginn der Injektionskur (12 Injektionen Ol. cinerei 0,05). 30. April zweite Injektionskur, bis jetzt sieben Injektionen. Mai 1910 keine klinischen Erscheinungen. WASSERMANNsche Reaktion positiv.

Fall 2. M. V. Exzision des Primäraffektes Februar 1909. Spirochätenbefund positiv, Allgemeinbehandlung, keine Erscheinungen. Juni 1909 WASSERMANNsche Reaktion positiv.

Von den sechs Fällen mit schwankender Reaktion wurde bereits einer (H. M.), bei dem die Exzision des Primäraffektes nicht vorgenommen werden konnte, früher besprochen, so daſs in dieser Gruppe noch fünf Fälle zurückbleiben.

Von diesen reagierten alle fünf zuerst negativ und dann beim Auftreten von Allgemeinerscheinungen positiv, während nur der eine schon besprochene Fall H. M. eine positive, dann aber — er war inzwischen einer energischen Kur unterzogen worden — eine negative Reaktion zeigte.

Zu erwähnen wäre nur, daſs die negative Reaktion in diesen Fällen später als vier Wochen nach der Infektion erhoben wurde, zu einer Zeit also, wo sonst bereits eine positive Reaktion zu erwarten ist. Es scheint also, daſs die präventive Behandlung ein Hinausschieben des zeitlichen Auftretens der positiven Serumreaktion bewirkt.

Nur einen Fall aus dieser Gruppe möchten wir kurz erwähnen:

D. B. Sklerose Februar 1909, Spirochätenbefund positiv, Exzision, Skleradenitis. Energische Allgemeinbehandlung, 18 Injektionen Ol. cinerii. WASSERMANNsche Reaktion negativ am 24. Mai 1909. Bis 1. Juni 20 weitere Injektionen von Ol. cinereum. 19. Juni WASSERMANNsche Reaktion positiv, ebenso auch am 21. Juni. Darauf sechs Injektionen von Ol. cinereum. Am 13. August 1909 und 3. Januar 1910 WASSERMANNsche Reaktion positiv.

Wir verfügen also im ganzen über sechs Fälle, die bei sichergestellter luetischer Infektion und frühzeitigst eingeleiteter präventiver

Behandlung keine Allgemeinerscheinungen zeigten. Davon befand sich der letzte etwa 30 Monate nach der Infektion.

Nur bei einem dieser Fälle unterblieb die Exzision des Primäraffektes, bei den restlichen fünf wurde sie mit dem Beginn der allgemeinen Behandlung sofort ausgeführt.

Das Verhalten dieser sechs Fälle zur WASSERMANN-Reaktion war verschieden, indem drei negativ, zwei aber positiv reagierten und einer in seiner Reaktion schwankte. Allerdings muſs hier bemerkt werden, daſs die zwei positiv reagierenden Fälle zeitlich am kürzesten nach der Infektion standen und daher auch einer weniger energischen und langdauernden allgemeinen Behandlung unterzogen worden waren.

Der eine Fall, der in seiner Reaktion schwankte, reagierte zuerst negativ, dann bei vier späteren Untersuchungen und dazwischenliegenden energischen Kuren immer positiv.

Er stellt also einen jener Fälle dar, die von einer positiven Reaktion trotz des Mangels klinischer Erscheinungen und einer energischen antiluetischen Kur nicht abzubringen sind.

B. Sekundäres Stadium und tertiäres Stadium.

Überblicken wir die von uns untersuchten Fälle des sekundären Stadiums mit Rücksicht auf die angewandte Therapie, so ersieht man, daſs von den vier negativen Fällen drei unter dem unmittelbaren Einfluſs der Behandlung standen.

Nur ein unbehandelter Fall, E. R., den wir bereits erwähnten, war negativ, doch konnte aus äuſseren Gründen nur eine einmalige Untersuchung vorgenommen werden.

Ähnlich verhält es sich im tertiären Stadium, indem zwei Fälle von Spätlues, obwohl sie anamnestisch nicht behandelt worden waren, negativ reagierten, während die fünf anderen negativ reagierenden Fälle in die Gruppe der behandelten einzureihen sind.

Obwohl wir im sekundären Stadium ein Ansteigen der Prozentzahlen der negativen Reaktionen von den Unbehandelten 18% zu den Behandelten auf 29% erhielten, glauben wir doch daraus allein keine weitgehenden Schlüsse ziehen zu sollen, da ja ein Schematisieren, das so viele Fehlerquellen in sich trägt, zu den verschiedensten Trugschlüssen Anlaſs geben kann.

Bei der Zusammenfassung der Fälle des sekundären und tertiären Stadiums ist zweifellos in einer gröſseren Anzahl von Fällen ein Einfluſs der spezifischen Therapie auf den Ausfall der Serumreaktion ersichtlich, während andererseits gar oft wieder in einzelnen Fällen der Effekt der Behandlung in dieser Hinsicht verwischt wird, und selbst energische Kuren nicht imstande sind, eine negative Reaktion herbeizuführen.

Auch die bereits von anderen Seiten festgestellte Tatsache, daſs Schwankungen der Reaktion während einer energischen Therapie vom Negativen ins Positive vorkommen, konnten wir in zwei Fällen beobachten.

C. Latenz.

Von groſsem Interesse ist der Einfluſs der Behandlung auf die Reaktion im Stadium der Latenz.

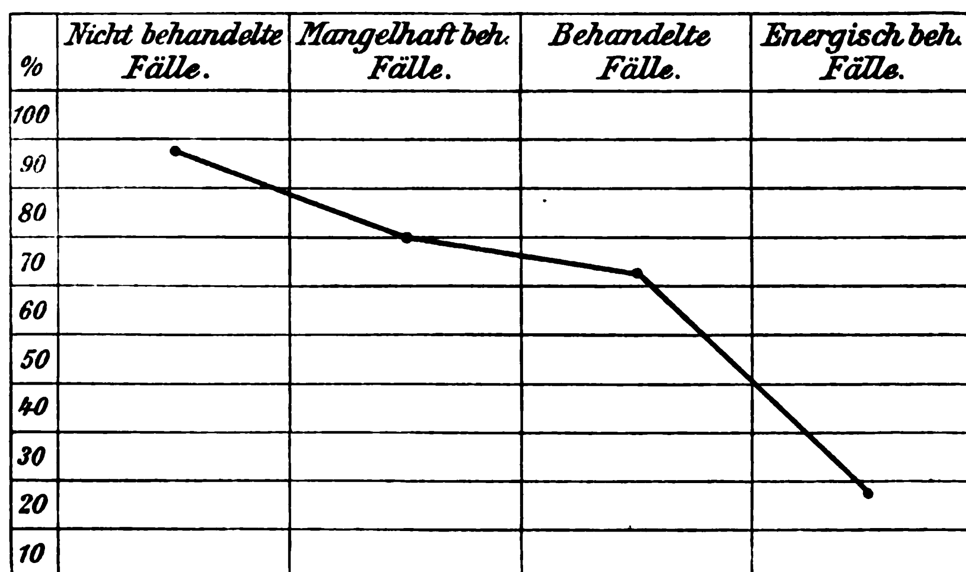
Teilen wir einerseits diese groſse Gruppe wieder nach der Zeit seit der Infektion (vier Jahre) in die temporär mit vier Jahren begrenzte und in die unbegrenzte der Spätlatenz, so müssen wir auch andererseits bei den groſsen Differenzen in der Art der Behandlung diese Gruppe wieder in energisch behandelte, behandelte, mangelhaft behandelte und nichtbehandelte Fälle teilen.

Frühlatenz.

Tabelle 10.

	Nicht-behandelte Fälle	Mangelhaft behandelte Fälle	Behandelte Fälle	Energisch behandelte Fälle
Gesamtzahl der einzelnen Gruppen	17	10	48	21
Davon reagierten positiv ...	15 = 88,2 %	7 = 70 %	31 = 64,5 %	4 = 19 %
Davon reagierten negativ...	2 = 11,8 %	3 = 30 %	17 = 35,5 %	17 = 81 %

Tabelle 11.



Aus der Tabelle 10 ist einerseits das Abfallen der Prozentzahlen der positiven Reaktion im umgekehrten Verhältnis zur Intensität der Behandlung ersichtlich, während andererseits die negativen Reaktionen mit ihren Prozentzahlen mit der Gründlichkeit der antiluetischen Therapie korrespondierend ansteigen.

Bei der graphischen Darstellung fällt auf, dafs der steilste Abfall der grofsen Differenz zwischen den Gruppen der „Energisch Behandelten“ und „Behandelten“ entspricht (45,5 %), während zwischen den „Mangelhaft Behandelten“ und „Behandelten“ ein sehr milder Abfall (5 %) besteht und zwischen den „Nichtbehandelten“ und „Mangelhaft Behandelten“ eine etwas gröfsere Differenz (18,2 %) zu konstatieren ist.

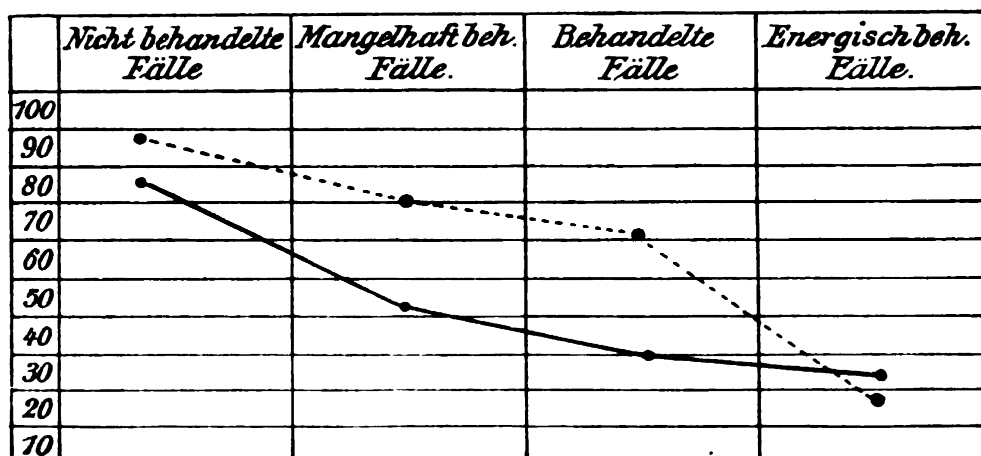
Spätlatenz.

Tabelle 12.

	Nicht-behandelte Fälle	Mangelhaft behandelte Fälle	Behandelte Fälle	Energisch behandelte Fälle
Gesamtzahl der untersuchten Fälle	94	27	46	23
Davon reagierten positiv ...	70 = 75,5 %	12 = 44,4 %	14 = 30,4 %	6 = 26 %
Davon reagierten negativ...	23 = 24,5 %	15 = 55,6 %	32 = 69,6 %	17 = 74 %

Graphisch dargestellt ergibt sich wieder ein Abfall der positiv reagierenden Fälle entsprechend der Zunahme der Behandlung bzw. Zunahme der negativ reagierenden Fälle bei Abnahme der Intensität der Behandlung.

Tabelle 13.



Wenn wir mit der ausgezogenen Linie die positiven Reaktionen der Spätlatenz, mit der punktierten Linie die positiven Reaktionen der Frühlatenz bezeichnen, so entnehmen wir der graphischen Darstellung des Einflusses der Therapie auf den Ausfall der Reaktion, daſs beiden die groſse Differenz zwischen den Nichtbehandelten und den Energisch Behandelten gemeinsam ist. Der Höhepunkt bei beiden Kurven fällt in die Gruppe der nichtbehandelten Fälle und das Minimum der positiven Reaktionen bei beiden in die Gruppe der energisch behandelten Fälle. Dagegen besteht ein deutlicher Unterschied im Abfall der beiden Kurven in der Früh- und Spätlatenz, die durch die Art der Behandlung bedingt wird.

Während in der Frühlatenz durch die energische Therapie noch in einer ziemlich bedeutenden Anzahl von Fällen eine negative Reaktion erreicht wird, daher die Zahl der positiven Reaktionen verhältnismäſsig gering ist und ein ziemlich bedeutender Abfall der Kurve zu den „Energisch behandelten Fällen" erfolgt, ist im Stadium der Spätlatenz die Differenz zwischen den „Energisch behandelten" und „Behandelten" gering, woraus ein bedeutend geringerer Effekt auch der energischen Behandlung in der Spätlatenz resultiert. Demgemäſs ist auch der Verlauf der Kurve ein fast horizontaler.

Wir wollen damit keineswegs behaupten, daſs mit dem Auftreten einer negativen Reaktion auch eine Heilung der luetischen Infektion erfolgt ist; doch ist zweifellos, daſs es leichter ist, in einem zeitlich früheren Stadium der Lues durch energische Behandlung eine negative Reaktion herbeizuführen als in einem zeitlich späteren.

Ähnlich beobachtete bereits Fischer, daſs in der ersten Zeit der Infektion ein Schwinden der Reaktion mit der Therapie viel häufiger einsetzt als in den späteren Stadien.

Über den Wert der Wassermannschen Reaktion im allgemeinen, der auch aus unseren Untersuchungen deutlich hervorgeht, ist es wohl nicht nötig, sich weiter zu verbreiten.

Selbstverständlich kann die Blutuntersuchung allein nicht immer den einzigen Maſsstab für die klinische Beurteilung eines Falles vorstellen, sie wird aber in jedem Falle und in jedem Krankheitsstadium eine nicht zu unterschätzende Unterstützung für den Kliniker darstellen, die aber keineswegs immer mit der Schwere der klinischen Erscheinungen parallel verläuft.

Wohl über allen Zweifel erhaben ist auch der Einfluſs der spezifischen Therapie auf den Ausfall der Reaktion; dieser Effekt ergibt sich nur bei der Zusammenstellung einer gröſseren Gruppe von Krankengeschichten, während in manchen Einzelfällen eine negative Reaktion trotz energischer Behandlung nicht herbeizuführen ist.

Aus unseren Untersuchungen über den Zusammenhang der Therapie und den Ausfall der Wassermannschen Reaktion möchten wir nochmals zusammenfassend als Schlufsfolgerungen hervorheben:

1. Den Effekt der präventiven Behandlung, bei der wir in sechs Fällen bei durch Spirochätenbefund sichergestellter Lues, trotzdem die Beobachtungszeit in einem Falle sich auf etwa 30 Monate nach der Infektion erstreckte, keine Rezidive erhielten, und bei der in drei Fällen bei wiederholter Untersuchung auch in jüngster Zeit die Serumreaktion immer negativ blieb.

2. Den Effekt der energischen antiluetischen Behandlung im Stadium der Frühlatenz, in der in einem gewissen Gegensatz zum Stadium der Spätlatenz in einer ziemlich grofsen Anzahl von Fällen eine negative Reaktion erhalten werden kann.

Literaturverzeichnis.

1. Behring, Fr., Was leistet die Seroreaktion für die Diagnose, Prognose und Therapie der Syphilis? *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 98, S. 300.
2. Blumenthal, Fr., Die Serodiagnostik der Syphilis. *Derm. Zeitschr.* 1910. Heft 1 (Januar, Februar).
3. Bruck, Die Serodiagnose der Syphilis. 1909.
4. Fischer, W., Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 100, S. 215.
5. Friedländer, Der Wert der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose der Syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 100, S. 255.
6. Gelarie, A., Über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Wassermann-Bruck-Neisserschen Reaktion und die Brauchbarkeit der Modifikation Hecht. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 100, S. 269.
7. Glaser und Wolfsohn. G., Klinische Betrachtungen über die Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion und deren Kontrolle durch Sektionsresultate. *Med. Klinik.* 1909. Nr. 46—48.
8. Hügel und Ruehte, Bisherige Erfahrungen über die Serodiagnose der Syphilis an der dermatologischen Universitätsklinik zu Strafsburg. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 2.
9. Jacobsthal, Notiz zur Theorie und Praxis der Wassermannschen Reaktion. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 13, S. 689.
10- Leber, A., Serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis und Tuberkulose des Auges. *Arch. f. Ophthalm.* 1910. Nr. 73, S. 1.
11. Lesser, Fritz, Die Behandlung der Syphilis im Lichte der neueren Syphilisforschung. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 3.
12. v. Marschalkó, Jancsó und Csiki, M., Der klinische Wert der Wassermannschen Syphilisreaktion. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1910. Bd. 101, S. 19.
13. Mauriac, P., La sero-reaction de Wassermann. Statistiques conclusions etc. *Compte rendu des séances de la Soc. Biol.* Bd. LXVI, S. 666.
14. Seligmann und Blume, Die Luesreaktion an der Leiche. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 24.

15. SCHUHMACHER, G., Die Serodiagnose der Syphilis in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen über die Beziehungen der Tuberkulose zur Syphilis bei Augenleiden. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.
16. SORMANI, Quantitative Bestimmung der luetischen Serumveränderungen mittels der Reaktion von WASSERMANN, NEISSER und BRUCK. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 98, S. 73.
17. WASSERMANN und MEIER, Die Serodiagnostik der Syphilis. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 24, S. 1277.
18. WERTHER, Über das Wesen und den Wert der WASSERMANNschen Reaktion. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, Nr. 4, S. 147.

Versammlungen.

Elfte Zusammenkunft der italienischen Gesellschaft fur Dermatologie und Syphiligraphie,

gehalten in Rom vom 20. bis 23. Dezember 1909.

(Tipografia degli operai, Mailand, Via Spartaco 6, 1910.)

I. Sitzung.

Syphilis hereditaria, von BARDUZZI. — **Syphilis hereditaria**, von SIMONELLI. Beide Autoren hatten das Referat über dieses Thema übernommen und gaben eine gedrängte Übersicht über die modernen Ansichten in dieser Frage. Letzterer behandelte im besonderen die Spirochäten und WASSERMANNsche Reaktion bei Lues hereditaria. In der Diskussion teilt DE AMICIS einen Fall von hereditärer Syphilis mit Vererbung auf die dritte Generation mit, der besonders dadurch bemerkenswert war, dafs die hereditäre Lues 18 Jahre latent geblieben war und sich zuerst durch einen Abort der Patientin bemerkbar machte. Von im ganzen neun Graviditäten erzeugten nur diejenigen gesunde Kinder, bei denen eine merkurielle Behandlung stattgefunden hatte, während alle anderen zu Aborten führten. CAMPANA teilt einen Fall von kondylomatöser Syphilis bei einem einjährigen Kinde mit, die seit der Geburt und ohne Primäraffekt bestand. Die Mutter des Kindes, die dasselbe stillte, bekam einen Primäraffekt an der Mamilla mit Drüsen in der Achselhöhle. MAJOCCHI erwähnt, dafs nicht alle Anomalien bei Kindern von syphilitischen Eltern als hereditäre Lues aufzufassen sind, und teilt einen Fall mit, wo eine syphilitische Mutter nach drei Aborten ein Kind zur Welt brachte, das aufser einer Schädelmifsbildung Mikrotie und drei präaurikulare papilläre Knorpelteratome von branchiogenem Ursprung aufwies, für welche gewifs nicht die hereditäre Lues verantwortlich gemacht werden kann. FIOCCO spricht über eine Frau, die von einem syphilitischen Mann ein syphilitisches Kind gebar, aber selber vollkommen frei von Symptomen war. Trotzdem zeigte sie positive WASSERMANNsche Reaktion. Über einen ähnlichen Fall spricht PHILIPPSON. Aufserdem erwähnt letzterer eine Frau mit tertiären Symptomen und positiver Reaktion, welche einen vierjährigen gesunden Knaben mit negativer und ein einjähriges hereditärluetisches Mädchen mit positiver Reaktion hat.

II. Sitzung.

Eine vom Gesichtspunkte der klinischen Diagnose aus wichtige Hautinfiltration des inneren Präputialblattes, von AYALA. Die Infiltration trat im Verlaufe einer Blennorrhoe am Sulcus glandis in Verbindung mit einem entzündeten Lymphgefäfs auf und täuschte klinisch eine Sklerose vor.

Campana verliest eine Denkschrift über die Sporotrichose, welche in der Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma erschien und bereits in *diesen Monatsheften* referiert worden ist. In der Diskussion erwähnt De Luca einen Fall von Lues, bei dem fünf bis sechs nufsgrofse, indolente Knoten auftraten, von denen einer erweichte und unter Produktion einer käsigen Masse ulcerierte. Aus diesem käsigen Material konnten typische Beurmannsche Sporotrichonkulturen erzeugt werden. Der Fall würde Campanas Meinung bestätigen, der in dem Sporotrichon lediglich einen zufälligen Saprophyten sieht.

Weiteres über die sogenannten parasyphilitischen Manifestationen, von Carnevali. Der Redner wünscht Abschaffung des Namens „Parasyphilis", da die Parasyphilis eine richtige Fortsetzung der Syphilis, die letzte Phase des klassischen syphilitischen Prozesses ist.

Die Schürmannsche Chromoreaktion für die Diagnose der Syphilis, von Chirivino. Der Verfasser möchte der Schürmannschen Reaktion doch einen gewissen Zusammenhang mit der Syphilis zusprechen, da 80 % der Seren, welche eine positive Reaktion gaben, Syphilitikern angehörten. Er möchte sie angewendet wissen, wenn aus irgendeinem Grunde die Wassermannsche Reaktion nicht erreichbar ist.

In der Diskussion sprechen ihr Truffi und Fiocco jede spezifische Bedeutung ab.

Klinischer Beitrag zur Wassermannschen Serumreaktion, von Cipolla. Die Untersuchungen erstreckten sich über 400 Fälle und hatten folgende Ergebnisse: Bei Kranken mit primärer Syphilis ohne Behandlung ist die Serumreaktion erst nach dem 25. Tage nach Auftreten des Primäraffektes regelmäfsig positiv. Sie ist es zwar häufig schon nach dem 20. Tage, aber nie vor dem 15. Bei sekundärer Syphilis mit klinischen Erscheinungen ist sie in 100 % der Fälle positiv. Bei sekundärer Syphilis ohne Erscheinungen ist sie weniger konstant positiv. Bei der Spätsyphilis mit klinischen Manifestationen ist die Prozentualität der positiven Fälle im Vergleich zu der sekundären Periode sehr gering, um so geringer, je mehr Merkurialkuren vorangingen. Bei den tertiären Fällen ohne Manifestationen ist die Prozentualität der positiven Fälle noch geringer.

III. Sitzung.

Nomenclatura dermatologica. Referenten: Mibelli und Philippson. Es würde zu weit führen, auf die Arbeiten der Referenten näher einzugehen. Sie untersuchten, welches die Defekte der jetzigen Nomenklatur sind, welche Versuche bis jetzt zu ihrer Verbesserung gemacht wurden und woher die defektuöse Nomenklatur in der Dermatologie gekommen ist. Die Versammlung beschliefst, momentan von einer Diskussion abzusehen und dieselbe nach gründlichem Studium der Frage auf einen künftigen Kongrefs zu verschieben.

IV. Sitzung.

Betrachtungen über die Serodiagnose nach Wassermann, von Pini. Die Resultate des Verfassers stimmen mit den allgemeinen Erfahrungen über die Wassermannsche Reaktion überein.

Wassermannsche Serodiagnostik, von Gavini. Nichts Besonderes.

Der Übergang des Quecksilbers von der Mutter auf den Foetus, von C. Lombardo und E. Toguoli. Beim Kaninchen und Meerschweinchen geht das Quecksilber von der Mutter auf den Foetus über, sei es dafs es in toxischen oder in therapeutischen Dosen verabreicht wurde. Die Placenta verhält sich nicht wie ein passives Organ, sondern schränkt diesen Übergang erheblich ein, so dafs die auf den Foetus gekommene Menge oft mit unseren Methoden kaum oder gar nicht nachweisbar ist.

Zwei neue Fälle von abortiver Heilung der Syphilis mit intensiver und frühzeitiger Quecksilberkur, von Mannino. Die Behandlung besteht in täglichen

Quecksilberräucherungen (4 g Zinnober), welche direkt nach Konstatierung der Sklerose vorgenommen werden. Es findet immer ein Zyklus von zehn Fumigationen statt, dem eine zehntägige Ruhepause folgt. Dauer der Behandlung in einem Falle zehn Monate, im anderen ein Jahr und vier Monate. Sekundärsymptome traten nie auf, die Wassermannsche Probe wurde nicht angestellt.

Über die Verzögerung, welche die Syphilis in ihrem Verlauf durch die suppurative Entzündung der dem Initialsyphilom benachbarten Lymphdrüsen erleidet, von Mannino und Lamanna. Die Autoren beweisen aus vier mitgeteilten Krankengeschichten, daſs der klassische Verlauf der Syphilis aufgehalten wird, wenn sich aus irgendeinem Grunde eitrige Bubonen entwickeln, und daſs diese Verzögerung um so deutlicher ist, je länger die Suppurationsperiode gedauert hat. Am deutlichsten wird sie, wenn auf chirurgischem Wege die ganzen Drüsen der Gegend entfernt werden.

Syphilis und Ehe — Syphilis und Stillen, von Mariani. Bericht über eine projektierte Studie, in welcher M. ein Material von 110 Krankengeschichten von familiärer Lues in klinisch-statistischem, pathologisch-anatomischem und gerichtsärztlichem Sinne bearbeiten will.

Untersuchungen über die Übertragbarkeit der Syphilis auf Tiere, von Truffi. Der auf diesem Gebiete schon durch frühere Arbeiten bekannte Verfasser teilt einige neue experimentelle Resultate mit. So fand er, daſs von einer absoluten Immunität gegen neue Ansteckung beim Kaninchen keine Rede sein kann. Doch sind die Läsionen einer neuen Infektion milder. Akute und passive Immunisationsversuche verliefen beim Kaninchen resultatlos. Ein Kaninchen zeigte auſser den klassischen Hautsyphilomen am Scrotum bilaterale Keratitis. Es wurde ein Testikel enukleiert, der vollkommen gesund aussah und in dem keine Spirochäten nachgewiesen wurden. Fragmente dieses Testikels wurden anderen Tieren inokuliert und damit nach 22 bis 40 Tagen spirochätenhaltige Sklerosen erzeugt. Auch gelang es dem Verfasser, nach cutaner Inokulation beim Kaninchen eine Allgemeininfektion (entfernt liegende Läsionen) nachzuweisen. Mit Atoxyl gelang es ihm kaum, die Bildung von Syphilomen bei infizierten Tieren zu verhüten.

Modifikation der Untersuchungsmethoden der Spirochaeta pallida. Schnelle Imprägnation der syphilitischen Gewebe mit Argentum nitricum, von Minassian. Die Stücke kommen 24 Stunden bei 32—35° in folgende Lösung:

Arg. nitric.	1,50
Formol	5 ccm
Alcohol. comm.	50,0

Dann nochmals bei derselben Temperatur in folgende Lösung:

Acid. pyrogallic.	3,50
Formol	10 ccm
Alcohol absol.	100,0

Die kalte Dusche bei der frischen Syphilis, von Sabella. Es wird deren tonisierende Wirkung gerühmt.

Unsere Resultate bei der Aufsuchung der Spirochaeta pallida, von Terzaghi. Bei frischer Syphilis wurde in 50% der Fälle die Spirochaeta nachgewiesen, bei Spätformen hingegen sehr selten.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen beim Pruritus infantilis, von Terzaghi. Eine halbe Erythemdosis, die eventuell nach 12 bis 14 Tagen wiederholt wird, genügt, um den Pruritus zum Schwinden zu bringen.

Neuere Untersuchungen über die Übertragung der Syphilis auf Kaninchen, von Ossola. Es gelang dem Untersucher eine serienweise Weiterübertragung der Syphilis auf Kaninchen. Er kam mit menschlichem Virus bis zur zehnten Serie, mit

Keratitisvirus bis zur elften und setzt dieselben noch fort. Interessant ist ferner sein Befund von Spirochäten in den Nervenfasern von Kaninchen, besonders in denjenigen, die mit den Papillen in Zusammenhang sind. Sie finden sich nur im Perineurium, durchdringen aber die Myelinscheide nicht. Auch in den Schweifs- und Talgdrüsen sowie den Haarbälgen wurden sie nachgewiesen. Eine Drüsenschwellung war im Anschlufs an das Syphilom immer nachweisbar. Die Drüsen enthielten konstant virulente Spirochäten, mit denen bei Inokulation in die vordere Kammer Keratitis erzeugt werden konnte. Auch war nach Auftreten von Hautsyphilomen Immunität vorhanden und die WASSERMANNsche Reaktion in 81% der Fälle positiv. Bei Kaninchen mit Keratitis specifica ist hingegen keine Immunität vorhanden und die WASSERMANNsche Reaktion negativ.

Syphilis des Testikels beim Kaninchen, von OSSOLA. Von Wichtigkeit ist der Befund von Spirochäten direkt um die Samenkanälchen, in denen die Spermatogenese nicht gestört war. Es wäre dies ein Beitrag zur Erklärung der Möglichkeit einer paternen, germinativen Syphilis.

Weitere Beobachtungen über den Gebrauch des Acetylarsenilat (Arsacetin) bei der Behandlung der Syphilis, von DALLA FAVERA. Mitteilung von zwei Fällen von Intoxikationen, eine Amaurose mit Optikusatrophie und ein nervöser Symptomenkomplex, der in Amaurose, Paraparese und Blasenlähmung bestand.

Beitrag zur Kenntnis des sogenannten „Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum" (KAPOSI) mit besonderer Berücksichtigung der visceralen Lokalisationen, von DALLA FAVERA. Mitteilung dreier Fälle. Bei dem ersten zeigte die Autopsie eine diffuse Tuberkulose ohne Neubildungen in den inneren Organen. Beim zweiten fanden sich aber hämorrhagische Sarkomknoten in der Trachea, den Bronchien, den Lungen, dem Magen und den Därmen, beim dritten in den Lungen, Leber, Magen und Därmen.

Über den Wert des EHRLICHschen Arsacetins bei der Behandlung der konstitutionellen Syphilis, von STANCANELLI. Die mit Arsacetin erzielten Resultate waren von wenig Erfolg gekrönt.

In der Diskussion zu den voraufgegangenen Vorlesungen erwähnt OSSOLA, dafs er zur Darstellung der Spirochäten im Gewebe die GOLGIsche Methode der Färbung des intracellulären retikulären Apparates verwendet:

1. Fixation der Stücke zwei bis fünf Stunden in Formalin (20%) 30, gesättigte Lösung (1%) von arseniger Säure 30, Alkohol 96° 30.
2. Nach raschem Abwaschen in Wasser kommen die Stücke auf fünf bis acht Stunden in einer Lösung von $^1/_2$% $AgNO_3$ in den Thermostaten 37°.
3. Nach abermaligem Waschen kommen dieselben in den VAN ERMENGENschen Reduktor zwei bis fünf Stunden lang bei Zimmertemperatur.
4. Alkohol, Xylol, Paraffin.

V. Sitzung.

Neue Untersuchungen über die brasilianische Boubas, von FIOCCO. Mitteilung eines Falles, bei dem auch ein Bacillus gefunden wurde, der mit den früher beschriebenen übereinstimmte.

Histologische und bakteriologische Untersuchungen über drei Fälle von Boubas brasiliana, von VERROTTI. Der bei diesen Formen gefundene Bacillus scheint in die Gruppe der Pseudodiphtheriebazillen zu gehören. Der Autor läfst die Frage offen, ob ihm eine ätiologische Bedeutung zukommt.

Ampullen für unlösliche Quecksilberpräparate, von C. LOMBARDO. Der Autor erzielte eine gute Wirkung des Salzes mit dem flüssigen Vehikel durch Zufügen

von kleinen Porzellankügelchen in die Tube. Durch Umschütteln derselben erzielt man eine gleichmäßige Emulsion.

Versuche der Züchtung der Spirochaeta pallida, von Mazza. Sie fielen negativ aus.

Bakteriologische Untersuchungen beim Pemphigus, von Radaeli. Der Verfasser hatte Gelegenheit, sechs Autopsien von Pemphiguskranken zu machen, und fand bei fünf derselben einen Mikroorganismus, in einem Falle im Knochenmark, in einem zweiten im Knochenmark und Herzblut, im dritten in der Milz und im Herzen, im vierten in der Leber und im Knochenmark, desgleichen im fünften. Es war ein Bacillus, der in Reinkultur kultiviert werden konnte und für Laboratoriumstiere pathogen war. Bei einem Macacus konnte nach intravenöser Injektion nach zwei Monaten eine pemphigoide Eruption erzeugt werden. Mit diesem Bacillus bekam R. allerdings nur bei einer Pemphiguskranken im akuten fieberhaften Stadium Agglutination und Komplementablenkung.

Beitrag zum Studium der Veränderungen des Knochenmarks beim Pemphigus, von Simonelli. Nichts Besonderes.

Dermatitis pemphigoidea diffusa mit akutem und benignem Verlauf nach Autointoxikation alimentären Ursprungs, von Stancanelli. Bullöse Eruption nach Genuß von verdorbenem Schweinefleisch ohne andere angioneurotische oder urtikarielle Symptome.

Die Trichophytie in Venedig, von Fiocco. Infolge der örtlichen Verhältnisse, dem beinahe vollständigen Fehlen von Tieren in Venedig, ist auch die Trichophytie animalischen Ursprungs in Venedig eine Seltenheit. Es kommt fast nur die menschliche Trichophytie vor, und zwar diejenigen Formen, die dem Kindesalter eigen sind. Es gelang auch fast immer, eine Übereinstimmung der einzelnen Trichophytonvarietäten mit einem bestimmten klinischen Typus nachzuweisen. Mikrosporie fehlte gänzlich.

Über das Trichophytonpigment im parasitären Leben, von C. Lombardo. Es fand sich bei den verschiedensten Trichophytonformen häufig eine Pigmentbildung. Ihr Vorhandensein kann nicht als Unterscheidungsmerkmal verschiedener Arten gelten.

Weitere klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über das Granuloma trichophyticum, von Majocchi. Aus den beiden klinischen Fällen, welche M. mitteilt, ist hervorzuheben, daß hier wie in allen anderen Fällen das Granuloma aus der in kleinen Plaques disseminierten Trichophytie, und zwar erst spät bei schon vorgeschrittener Heilung derselben entsteht. Es wurde wieder die rotviolette Varietät des Trichophyton gefunden. Durch das Auftreten von weichen Knoten mit sehr langsamem Verlauf und Tendenz zur Degeneration und Ulceration bei Fällen von pyodermitischer Folliculitis unterscheidet sich die Affektion sicher vom Kerion. Das Granuloma trichophyticum kann auf Tieren experimentell erzeugt werden und zeigt dann dieselbe histologische Struktur wie das menschliche, aber mit gewissen Unterschieden. So fehlt dem tierischen immer das Vorhergehen des herpetischen Stadiums, auch ist das Wachstum ein viel rapideres als beim Menschen. Es fehlt ferner die periphere Ausdehnung. In der Diskussion über die Trichophytiethemata heben Dalla Favera und Truffi hervor, daß es ihnen nie gelungen ist, einen konstanten Zusammenhang zwischen klinischer Trichophytonläsion und mykologischer Trichophytonart zu sehen.

Merkwürdiger Fall von Keratoma palmare et plantare, von Radaeli. Die Hyperkeratose ist an den Füßen diffus, an den beiden Händen hingegen in genau symmetrischer Weise angeordnet, und zwar am inneren Handballen bis auf das erste Glied des vierten und fünften Fingers übergreifend, während der Rest dieser Finger frei ist. Ferner sind Mittel- und Zeigefinger ganz, der Daumen in der Mitte ergriffen.

Es ist dem Autor nicht gelungen, eine Erklärung für diese genau symmetrische Lokalisation zu finden. Heredität wurde in der Familie nicht nachgewiesen.

Über einen Fall von periodischer Alopecie, von VIGNOLO-LUTATI. Siehe *diese Monatshefte*, S. 301.

Endovenöse Inokulationen von Blennorrhoe-Eiter beim Kaninchen, von SIMONELLI. Zwei Kaninchen reagierten nur mit einer geringen, vorübergehenden Temperatursteigerung auf diesen Eingriff.

Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare, von DALLA FAVERA. Die beiden ersten mitgeteilten Fälle unterschieden sich vom Erythem durch die lange Dauer und die Unveränderlichkeit der Elemente, welche aus scharf circumskripten Infiltraten von kompakter Konsistenz, fibroidem Aussehen bestanden und von parakeratotischer Epidermis bedeckt waren. Sie hatten am meisten Ähnlichkeit mit der von R. CROCKER als Erythema elevatum diutinum bezeichneten Krankheitsform. Der dritte Fall des Autors betraf eine einzige, an der Articulatio metacarpo-phalangea des Zeigefingers sitzende Effloreszenz von annulärem Aussehen mit zentraler Depression. Die Randpartie hatte infolge eines derben Infiltrates beinahe Keloidkonsistenz. Der Verlauf war ein äufserst chronischer. Mikroskopisch fand sich junges Bindegewebe vom Typus des Granulationsgewebes mit zentraler Nekrose. Der Fall entspricht am besten der von R. CROCKER als Granuloma annulare bezeichneten Affektion.

Weitere Untersuchungen über einen Fall von Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen, von ERCOLI. Der bereits am vorjährigen Korgrefs mitgeteilte Fall ist jetzt in vollständiger Rückbildung begriffen.

Über einen Fall von generalisierter Sklerodermie mit Lebercirrhose, von ERCOLI. Vorl. Notiz. Der Fall wird noch ausführlich bearbeitet und publiziert werden.

VI. Sitzung.

Über eine noch nicht beschriebene Varietät des Mikrosporum, von PELAGATTI. Vier Fälle, deren klinisches Aussehen demjenigen der gewöhnlichen Mikrosporie entsprach. Kulturell konnte ein Pilz isoliert werden, in welchem auch SABOURAUD keine der bis jetzt bekannten Gattungen erkennen konnte. Der Autor glaubt deshalb, dafs in Sardinien, woher der Fall stammte, eine besondere Mikrosporonart heimisch ist.

Über einige Fälle einer kryptogamischen Erkrankung des behaarten Kopfes, welche sich nicht in die bisher bekannten einreihen läfst, von PELAGATTI. Die Fälle haben sowohl klinisch als mykologisch Ähnlichkeit mit Favus und Trichophytie, unterscheiden sich aber in zahlreichen Punkten von beiden. Auch mit dem Trichophyton faviforme SABOURAUDS lassen sie sich nicht identifizieren.

Über Dermatomyiasis muscosa, von D. MAJOCCHI. Bei zwei Fällen fanden sich in ulcerierten Hautepitheliomen Larven von Lucilia Cesar. Solche von Sarcophaga carnaria wurden in einem Ulcus cruris gefunden.

Zwei Fälle von Myiasis cutanea mit Sarcophaga canaria, von V. MIBELLI. Im ersten Falle safsen die Larven in einem ulcerierten Wangenepitheliom, im zweiten in nicht ulcerierter normaler Haut bei allgemeiner Pedikulose.

Über einen eigentümlichen Fall von Lupus erythematosus, der über den ganzen Kopf und beide Hände verbreitet war, von VERROTTI. Das Krankheitsbild entstand in zwei Stadien: Zuerst entwickelte sich innerhalb sechs Monaten das gewöhnliche Bild des Lupus erythematosus (Nase und Wangen), dann diffundierte der Prozefs innerhalb zweier Jahre über den ganzen Kopf und die Hände. Im Gesicht und an der Kopfhaut war eine Hyperchromie und Infiltration charakteristisch, an den Händen hingegen eine Atrophie und Hyperämie. Die 23jährige Patientin starb an allgemeiner Schwäche, ohne dafs ihr Tod mit der Hautkrankheit in Zusammenhang gebracht werden konnte. Autopsie wurde nicht gemacht.

Über einen Fall von Periphlebitis der unteren linken Extremität, eine zoniforme Sklerodermie vortäuschend, von VERROTTI. Der Inhalt ist durch den Titel gegeben.

Über eine neue Varietät von Hautgangrän bei Kindern aus chemischer Ursache, von CIARROCCHI. Fs sind bei voller Gesundheit der Säuglinge plötzlich auftretende und in wenigen Tagen wieder heilende gangränöse Stellen, besonders an den Nates, den Inguinalfalten und den unteren Extremitäten sitzend. Sie werden wahrscheinlich hervorgerufen durch kaustische Substanzen, die in der Wäsche zurückgeblieben sind und die bei Kontakt mit Urin zur Wirkung kommen.

Durch Paraphenyldiamin als kosmetische Tinktur erzeugte Hautkrankheiten, von PECORI. Nichts Besonderes.

Ein Fall von Lepra in Savona, von TRUFFI. Ein gewöhnlicher Fall von Lepra tuberosa mit negativer WASSERMANNscher Reaktion. (In zwei anderen Fällen bekam TR. vollständige, in einem dritten partielle Hemmung und in einem vierten vollständige Hämolyse.) Der Autor erwähnt, dafs in der Provinz Ligurien allein 32 Leprafälle bekannt sind (nach Angaben von VALENTI in Porto Maurizio), dafs aber wahrscheinlich noch viel mehr existieren, und zwar sind die wenigsten exotischen Ursprungs. Auch andere Redner heben in der Diskussion die Gefahr, welche für Italien in dem zahlreichen Vorhandensein versteckter Leprafälle besteht, hervor.

Beitrag zum Studium des HANSENschen Bacillus, von SERRA. Die Arbeit ist bereits in *diesen Monatsheften* referiert.

Bedeutung des Studiums der Simulation bei Hautkrankheiten, von RIVALTA. Bemerkungen allgemeiner Art über die simulierten Hautkrankheiten.

Juckender Ausschlag durch Weizen, von STERNA. Nichts Besonderes.

Lichen planus obtusus, von DEFINE. Typischer Fall.

Einige mit Atoxyl geheilte Psoriasisfälle, von LANZI. Der erste Fall wurde mit 52 Injektionen von 0,4 Atoxyl geheilt, der zweite nach 20 Injektionen von 0,2. Der dritte ist noch in Behandlung. Intoxikationserscheinungen wurden nicht beobachtet.

Ausgedehntes serpigino-ulceröses Syphiloderm der Lendengegend bei Syphilis ignota, von DEFINE. Nichts Besonderes.

Lichen scrophulosorum spinulosus, von LA MENSA. Charakteristisch war das Vorhandensein von Hornkegeln auf den Haarfollikeln. Die Eruption safs am Thorax eines kränklichen zwölfjährigen Kindes. Ophthalmo- und Cutireaktion waren positiv.

Lichen planus von exklusiv annulärer Form mit atypischem Verlauf bei einem Psoriatiker, von LA MENSA. Der atypische Verlauf bestand darin, dafs sich zuerst pigmentierte Flecken und auf diesen erst die Lichenpapeln bildeten.

Über einen Fall von lymphadenitischer Prurigo (DUBREUILH), von AYALA. Der Blutbefund war folgender: Verminderung der Erythrocyten (3180000), deutliche Leukocytose (1/45), dabei 94,7% Lymphocyten, umgekehrte Leukocytenformel.

Meningo-Myelitis specifica, von CARRUCCIO. Nichts Besonderes.

Über zwei Fälle von RECKLINGHAUSENscher Krankheit, von VIGNOLO-LUTATI. Der erste Fall wies aufser den Neurofibromen zwei Arten von Flecken auf, w a h r e, linsenförmige, unregelmäfsig zerstreute, intensiv gefärbte und f a l s c h e, welche punktförmige Teleangiektasien darstellten. Aufserdem bestanden am Rücken zwei atrophische Plaques. Der Patient war in seiner Entwicklung zurückgeblieben, zeigte Skoliose, Dyspnoe, hat eine allgemein herabgesetzte Sensibilität, Neuralgien, Strabismus, verminderten Geruch- und Gehörsinn, Schwindel, Krämpfe und spastischen Gang, ferner Asexualität. Es handelte sich um eine Neurofibromatose von pseudotabetischem Typus. Der Kranke war 51 Jahre alt, seine Mutter und Grofsmutter hatten dieselbe Affektion. Der zweite Fall betraf eine Verbindung von Neurofibromatose mit ADDISON bei einem

25jährigen Patienten. Aufserdem waren hyperpigmentierte Flecken am ganzen Körper, eine punktiforme Pigmentation der Iris, Zwergwuchs, asymmetrische Schädelbildung und andere Zeichen von Rhachitis nachweisbar.

Ein Fall von Bromoderma tuberosum nach Gebrauch von Bromural, von SEGRÉ GIORGIO. Typischer Ausschlag bei einem zwei Monate alten Kinde nach Gabe von im ganzen 16,20 g Bromural in 27 Tagen.

Günstige Behandlungserfolge der Urethritis chronica mit einer neuen Kanüle, von GARIBALDI. Die Kanüle ist so konstruiert, dafs auf die Injektion des Silbersalzes direkt eine aseptische Paste nachgespritzt werden kann, welche die Flüssigkeit in der Urethra zurückhält.

Versuche, lepröses Material auf den Hoden eines Schafes zu inokulieren, von GARIBALDI. Der Versuch mifslang.

Die chemischen Strahlen des Spektrums bei der Keimung und bei Hautkrankheiten, von GALIMBERTI. (Studienfragment.) Die chemischen Strahlen des Spektrums haben eine vitale Wirkung auf Pflanzen und auf die Diastasen und Fermente, welche sich bei den keimenden Samen entwickeln. Diese Diastasen wirken wohltätiger auf einige ekzematöse Hautveränderungen als Infuse von keimenden Samen, die nicht den chemischen Strahlen ausgesetzt waren.

Polymorphes (bullöses) Erythem mit ulcerösem Ausgang, von MAZZA. Die hier beschriebene Krankheit hat grofse Ähnlichkeit mit einer Acrodermatitis professionalis.

Beschreibung zweier atypischer Fälle von Psoriasis, von ERCOLI. Der eine Fall betrifft eine ausschliefslich palmare Lokalisation, der zweite ein seltenes Vorkommen von Psoriasis infantum bei einem einjährigen Kinde.

Atrophie der Glans im Anschlufs an neoplastische und chronisch entzündliche Prozesse des Präputiums, von ERCOLI. Im ersten Falle handelte es sich um einen leukoplakieartigen Prozefs, im zweiten war ein Carcinom, das sich auf dem inneren Vorhautblatt entwickelt hatte, schuld an den Veränderungen der Glans.

Gunsett-Strafsburg.

Fachzeitschriften.

Lepra.

Bibliotheca internationalis.

Band IX, Heft 3.

X. **Über die Möglichkeit, die Lepra mit bakteriziden Arzneimitteln zu behandeln,** von LINFORD E. ROW. Empfehlung prolongierter Guajacoldarreichung.

XI. **Intradermoreaktion auf Leprolin,** von CH. MANTOUX und L. M. PAUTRIER-Paris. Unter dem Namen Leprolin stellte ROST ein Extrakt aus Leprabazillen dar. Die Verfasser beobachteten bei der Injektion mit Leprolin an Leprakranken die Entwicklung eines Knötchens, während an Nichtleprösen nur ein Erythem mit nachfolgender geringer Infiltration auftrat.

XII. **Serodiagnose der Lepra durch Antigen von alkoholischem Extrakt aus syphilitischer Leber,** von JUAN DE AZÚA und JOSÉ S. COVISA. Bei den vier untersuchten Leprakranken fiel die Reaktion positiv aus.

XIII. **Behandlung der Lepra,** von JUAN DE AZÚA-Madrid. Betonung der Vorzüge der Behandlung mit Chaulmoograöl.

XIV. **Übertragbarkeit der Lepra,** von JUAN DE AZÚA-Madrid. Vortrag auf der zweiten internationalen Leprakonferenz in Bergen 1909.

XV. **Bericht über die Bekämpfung der Lepra in Kurland im Jahre 1909,** von J. Sadikoff-Talsen. In den vier Kurländischen Leprosorien waren im Jahre 1909 an 50596 Krankentagen 163 Kranke verpflegt worden; von ihnen starben acht, d. h. etwa 5%. Ungefähr 100 Lepröse lebten zerstreut unter der übrigen Bevölkerung. Während der Verfasser von Nastin nicht viel hält, sah er gute Resultate bei der Anwendung von den Unnaschen Gynokardiumseifenpillen, und zwar von kleinen, aber lange fortgesetzten Gaben; danach wurde das Aussehen der Leprösen besser, die Wunden heilten, neue traten nicht auf, die Verdauungsorgane funktionierten befriedigend.

Schourp-Danzig.

Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Mai 1910.

Hallopeau: **Ekzematiformer Ausschlag** von vielleicht praemykotischer Natur und **Alopecie** bei dem nämlichen Patienten.

Hudélo, Du Castel und Lévy-Bruhl: **Doppelseitige Kontraktur des Biceps** bei einem syphilitischen Mädchen. Die Kontraktur erwies sich als hysterischer Natur, denn sie verschwand unter Chloroformnarkose.

Gaucher, Legry und Lagane: **Lepra bullosa** bei einem 17jährigen Menschen, der aus der Türkei stammt. Keine Sensibilitätsstörungen; Hansenscher Bacillus nicht nachweisbar; Reaktion auf Fixation mit diesem Bacillus positiv; Wassermann gleichfalls positiv.

Gaucher, Joltrain und Flurin: Zwei Fälle von **Mykosis fungoides** mit positiver sero-diagnostischer Reaktion.

Wickham und Degrain: **Das Radium in der Behandlung hartnäckiger Ekzeme.** Es wird ein Apparat von 28 qcm Fläche verwandt, der drei Wochen lang, wöchentlich je drei Tage hintereinander, drei Minuten auf die erkrankte Haut aufgelegt wird. Vortragende sind mit dem Erfolg sehr zufrieden und führen einen Fall vor.

Gaucher und Jacob: **Zerstörung eines Epithelioma labis inf.** bei einem 52jährigen Mann mittels **Radium.** Rückfall nach neun Monaten.

Verchère: **Rascher Tod** eines jungen Mädchens nach **fünf Einspritzungen von Oleum cinereum.** 24 Stunden nach der letzten Einspritzung Übelbefinden und Auftreten von Schmerz beim Atmen in der linken Seite. Nach weiteren 24 Stunden plötzlicher Tod. Keine Sektion. Organe anscheinend alle gesund.

Balzer und Mme Vaudet-Neveux: **Periphlebitis syphilitica** der oberflächlichen Venen der Oberarme im zweiten Stadium der Syphilis.

Balzer und Mme Vaudet-Neveux: Zahlreiche **Keloide in zentrifugaler Anordnung.** Die Keloide safsen auf Brust, Rücken und Oberarmen, wuchsen zum Teil auf Narben, zum Teil auf gesunder Haut.

Milian: Frau mit **cutanen, subcutanen und juxta-artikulären Knoten** im Verlauf eines Rheumatismus deformans. Die Knoten sitzen zum Teil auf den Phalangeal- und den Ellenbogengelenken und sind mit dem Gelenk verwachsen; sie sind erbsengrofs, bestehen aus fibrösem Bindegewebe und enthalten in ihrem Innern zahlreiche Tuberkel.

Sitzung vom 2. Juni.

Hudélo, Thibault und Paraf: Knabe mit frischem **Favus** von erythematosquamösen Typus, noch ohne Kelche.

Lévy-Franckel und V. Castel: Frau mit **Raynaudscher Krankheit** und gleichzeitiger Verkürzung der Aponeurosis palmaris, so dafs die Finger gekrümmt stehen.

G. Thibierge und R.-J. Weissenbach: **80 Paraffineinspritzungen** in das Gesicht bei einem jungen Mädchen durch einen „Spécialiste de la beauté“ zwecks Verschöne-

rung; **danach entstellende Anschwellung von Stirn und Wangen infolge von Entzündung rings um das Paraffin.**

Sitzung vom 7. Juli.

Barcat: Zahlreiche **flache Warzen** beider Hände. Nach **Bestrahlung** der Warzen der rechten Hand mit **Radium** verschwanden auch die auf der linken Hand.

Gaucher und Druelle: **Naevi verrucosi des Gesichts,** besonders der Nase und der anliegenden Wangenteile; bestehen seit der Geburt bei dem elfjährigen Kinde.

Gaucher und Couineau: Ausgedehnter **Naevus pigmentosus** am Rücken, gleichzeitig spastische Paraplegie auf Grund von Heredosyphilis.

Gaucher, Druelle und Jacob: Ein an Scabies und Phthiriasis leidender Taglöhner, der sich **durch Kratzen einen weichen Schanker des Glieds** auf verschiedene Körperstellen verimpft hatte.

G. Thibièrge: Eine hartnäckige **Syphilis maligna,** tiefgehende Syphilide im Gesicht und an den Extremitäten. Rasche und dauernde Heilung nach **Pinselung mit Kohlenteer.**

Gaucher, Druelle und Jacob: **Syphilis maligna,** Quecksilber wird nicht vertragen. Heilung nach Hectine-Einspritzungen, täglich 0,1, im ganzen 14 Spritzen.

Gaucher und Couineau: Zwei Fälle von **Purpura chronica infolge von Arteriosklerose.**

F. Balzer, Burnier und Drouilly: **Dermatitis bullosa polymorpha der Hände;** Hämoglobinurie im zweiten Stadium der Syphilis.

F. Balzer und Burnier: **Herpes zoster im Gebiet des rechten N. ischiadicus,** Sitz auf der rechten Gesäſshälfte und der Hinterfläche des rechten Oberschenkels. Auſserdem einzelne Herpesbläschen über den ganzen Körper zerstreut, z. B. auch auf der linken Fuſssohle.

Georges Thibierge und R.-J. Weissenbach: **Sporotrichosis** des linken Handrückens, die genau aussah wie ein Kerion Celsi.

F. Balzer und Mme Vaudet-Neveux: **Sporotrichosis** in Form von Gummata über den ganzen Körper verteilt.

E. Jeanselme und P Chevallier: **Sporotrichose mit zahlreichen Herden.** Die Herde saſsen als Gummata im subcutanen Gewebe; auf der Zunge befanden sich Plaques, die syphilitischen sehr ähnelten; Gummata saſsen in den Hoden und Nebenhoden, es bestanden Exostosen und eine Iritis; endlich war dem Patienten vor einem Jahr der rechte Oberschenkel wegen eines schmerzlosen Tumor albus am Knie operiert, und am linken Unterschenkel fand sich ein verwahrlostes Geschwür, das Verfasser als Eingangspforte für alle der Sporotrichose zur Last fallenden Störungen betrachten.

F. Balzer und Burnier: **Leukoplasia bucco-lingualis** im zweiten Stadium der Syphilis, etwa ein halbes Jahr nach der Ansteckung.

Gastou empfiehlt eine neue **wirksame Salbe bei Radiodermitis** und anderen torpiden Geschwüren. Die Salbe wird Ulcérine genannt, ist von einem französischen Pharmazeuten Berger hergestellt und hat folgende Zusammenstellung:

Extract.	*virid.*	*Popul. nigr.*		
„	*flav.*	„ *balsamif.*		
„	*aqu.*	„ *tremul.*	ää	3,0
„	„	*Atrop. bellad.*		
„	„	*Hyoscyam. nigr.*		
„	„	*Solan. nigr.*		
„	„	*Papav.*		
„	„	*Bals. peruv.*	ää	0,5
Ax ung.				40,0

A. Paris und G. Sabaréanu haben unter sieben Foeten bzw. Leichen Neugeborener mit Heredosyphilis dreimal die **Spirochaeta pallida in der gland. pituitaria** gefunden.

Gastou und Mlle Lebert: Bemerkungen zur **Technik der Serodiagnostik** der Syphilis.

J. Brault: **Ulcero-gummöses Syphilom der ganzen Urethra beim Manne;** keine Harnbehinderung; Charrière Nr. 18 leicht durchführbar.

J. Brault spricht über die Erfolge von Eukalyptol, Nastin und Antileprol bei der **Behandlung der Lepra,** weifs aber keinem der Mittel viel Lobenswertes nachzurühmen. *Türkheim-Hamburg.*

The British Journal of Dermatology.

September 1910.

Über die Beziehungen zwischen Roseola syphilitica und einigen anderen Syphiliden: Leukoderma, frühzeitiges, ringförmiges, kleinfollikuläres Syphilid, von H. G. Adamson. A. hat vor kurzem verschiedene Fälle beobachtet, welche ein frühzeitiges makulöses Syphilid an Stamm und Nacken zeigten und bei welchen ebenfalls am Nacken das erste Stadium der Leukodermaentwicklung auftrat, so dafs dessen direkte Entstehung aus den Roseolaflecken leicht abzuleiten ist. Ebenso hält A. die Entwicklung des annulären (arciformen oder frühzeitig ringförmigen) Syphilids aus der Roseola für erwiesen und führt als Beispiele hierfür drei selbst beobachtete, mit Abbildungen versehene Fälle an. Was nun das follikuläre Syphilid betrifft, so glaubt er, dafs ein Zwischenstadium zwischen Roseola und demselben vorhanden ist, nämlich die sogenannte Roseola granulata, wofür ihm ebenfalls drei Fälle eigener Beobachtung zur Verfügung stehen.

Molluscum contagiosum und dessen Verteilung, von Norman Walker. Nach den Erfahrungen W.s, der jährlich etwa ein Dutzend Fälle dieses Hautleidens beobachtet, sind die öffentlichen Bäder zweifellos eine Gelegenheit zur Weiterverbreitung desselben, er glaubt aber nicht, wie Little annimmt, dafs zwischen dieser Krankheit und Seehäfen irgendein Zusammenhang vorhanden sei. Als Bekräftigung seiner Ansicht führt er noch eine aus Damaskus ihm mitgeteilte Tatsache an, wonach dort die arabische Bezeichnung für Molluscum contagiosum „Badejucken“ bedeute.

Die Funktionen der Haut, von M. S. Pembrey. (Fortsetzung.)

Stern-München.

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

August 1910.

Pagets Krankheit, extramammär, und zwar in einem Falle am Vorderarm vorkommend, mit einem Naevocarcinom verbunden, von H. B. Hartzell-Philadelphia. Bei dem 64jährigen Mann war folgende ungewöhnliche Hautaffektion vorhanden: an der Aufsenseite des linken Vorderarms safs ein ovaler, etwa handtellergrofser, unregelmäfsig geformter Herd mit breiter, roter Oberfläche, zum gröfsten Teile glatt, aber an einzelnen Stellen leicht schuppend, und darüber einige wenige, erbsengrofse, mit gelblichen Krusten bedeckte Erosionen und eine Anzahl flacher, schrotkorngrofser, mit bräunlichen Krusten bedeckter Knötchen; in der Mitte des oberen Randes dieses Herdes war ein oberflächliches Geschwür von etwa $2^1/_2$ cm Durchmesser mit leicht infiltrierten Rändern und bedeckt mit üppigen Granulationen. Die subjektiven Symptome der Affektion waren gering, hauptsächlich in mäfsigem Jucken bestehend.

Sie datiert etwa 15 Jahre zurück, ward stets für Ekzem gehalten und behandelt, aber mit wenig Erfolg. Ein an dieser Stelle ursprünglich vorhandenes Mal scheint der Ausgangspunkt des Leidens gewesen zu sein. Die histologische Untersuchung von exzidierten Stückchen bestätigte die obige Diagnose. Unter wiederholter X-Strahlen-Behandlung erzielte H. scheinbar völlige Heilung des Leidens. Nach seiner Erfahrung ist dies der erste Fall, wo ein Naevocarcinom mit einem anderen ähnlichen Hautleiden, wie Pagets Krankheit, verbunden war und zudem die krebsige Entartung der Entwicklung des letzteren vorausging. H. konnte aus der Literatur nicht weniger als 18 Fälle von Pagets disease, welche nicht an der Mamma gelegen waren, sammeln, und neun davon safsen an den äufseren Geschlechtsteilen oder deren Umgebung, fünf an der Glans penis; eine derartige spezielle Lokalisation könnte wohl kaum reiner Zufall sein. Jacobäus möchte diese Prädisposition der Genitalgegend mit ungewöhnlicher Entwicklung von Drüsen in der Haut derselben, von wo aus das Leiden seinen Anfang nimmt, erklären. Jedenfalls, so schliefst H., würden die extramammären Formen der Pagetschen Krankheit ein besonders günstiges Feld zur Untersuchung der Frage abgeben, ob dieselbe eine Krankheit sui generis ist (wie Unna u. a. glauben) oder ob sie von Anfang an ein Carcinom ist, wie eine Anzahl Autoren neuerdings behaupten.

In der folgenden Diskussion (auf der 34. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung, 3. bis 5. Mai 1910) erklärt Sherwell, er habe derartige Fälle stets für krebsartig von Beginn an gehalten; die Bezeichnung Pagets disease sollte für jene Fälle, die auf die Brust beschränkt seien, reserviert bleiben, wiewohl sie alle von Anfang an carcinomatös seien.

Nevins Hyde neigt mit Fordyce der Ansicht zu, dafs diese Fälle wahrscheinlich viel zahlreicher seien als man früher glaubte; er habe wenigstens drei Fälle von extramammärer Pagets Krankheit beobachtet.

Martin F. Engman weist darauf hin, ein wie fruchtbares Feld zum Studium der Krebsätiologie diese Fälle von maligner papillärer Dermatitis darbieten, er hat auch auf alten Herden anderer Hautkrankheiten, wie z. B. seborrhoischem Ekzem, ähnliche Folgeerscheinungen (von carcinomatöser Entartung) beobachtet.

Im Schlufsworte spricht Hartzell nochmals die Überzeugung aus, dafs es sich bei der Pagetschen Krankheit um ein von Beginn an krebsartiges Leiden handle: es beständen in den ersten Anfängen desselben Veränderungen im Epithel, welche beträchtlich lange der Epidermisproliferation vorhergingen, und diese Veränderungen müfsten wir als carcinomatöse ansehen. Mit vier Abbildungen.

Rhinoskleroma, durch X-Strahlen geheilt, von S. Pollitzer. In dem von P. behandelten Falle handelte es sich um eine 37jährige aus Österreich gebürtige Patientin, bei welcher das Leiden vor vier bis fünf Jahren mit hartnäckiger, trockener Krustenbildung in der Nase, die einem lange dauerndem Katarrh folgte, begann; die Nasenatmung wurde, speziell auf der linken Seite, immer schwieriger, eine Geschwulstbildung stellte sich an der unteren, vorderen, linksseitigen Scheidewand ein, die zwar exzidiert wurde, aber wiederholt rezidivierte, bis schliefslich die linke Nasenöffnung sich völlig verschlofs und die Geschwürsbildung vom Nasenseptum aus- und abwärts bis etwa 1 cm über die Oberlippe reichte. Die Röntgenbehandlung wurde mittels mäfsig-harter Röhre in 8—10 cm Entfernung und von fünf bis sechs Minuten Dauer zuerst dreimal pro Woche (drei Wochen lang), dann zweimal (drei Wochen hindurch) und schliefslich einmal pro Woche (vier Wochen lang), im ganzen mit 20 Sitzungen ausgeführt. Es trat völlige Heilung ein, die nun seit drei Jahren ungetrübt anhält.

Ein Fall von Lupus annularis, von Richard L. Sutton-Kansas City. Die Affektion safs bei dem 24jährigen, sonst gesunden Mann an der Aufsenseite des rechten

Oberschenkels, hatte eine ovale Form und ein Ausmaſs von 5 : 8 cm; das Zentrum des Herdes war vernarbt und nun mit glattem, glänzenden Narbengewebe angefüllt; rings um dieses saſsen nahe beieinander liegende, tiefreichende, dunkelrote Papeln von Hanfkorn- bis Stecknadelkopfgröſse. Keine Krustenbildung, vollkommene Trockenheit keine Schmerzhaftigkeit. Die ganze Hautveränderung wurde exzidiert und ergab glatte Heilung. Mit je eine Abbildung über das makroskopische Aussehen und den histologischen Befund.

Ein Fall von Larva migrans, von Marcus Haase-Memphis. Es handelte sich um ein sechsjähriges Kind, bei welchem die Affektion mit einer stecknadelkopfgroſsen Papel unmittelbar um und über den Metatarso phalangeal-Gelenken der zweiten und dritten Zehen begann und dann sich auf- und rückwärts in der Mittellinie in serpiginöser Weise ausbreitete, bis sie das Tarso-Metatarsalgelenk, dann die Planta pedis und wieder den Ausgangspunkt erreichte, so daſs sie einen förmlichen Ring bildete. Der Fall kam in Columbus, Miss., etwa 150 Meilen nördlich von der Goldküste vor. Die Larve schien bei Tag sich völlig ruhig zu verhalten und nur bei Nacht tätig zu sein. Energische Behandlung ward abgelehnt und nur gegen das Jucken eine 2 %ige Karbolzinkpaste gegeben. Mit drei Abbildungen.

Eine Pumppipette für die Wassermann-Neisser-Bruck-Serumdiagnose auf Syphilis und allgemeine Laboratoriumsarbeit, von Charles Wood Mc Murtry-New York. Die Vorteile einer mit Pumpvorrichtung versehenen Pipette liegen in der gröſseren Genauigkeit, Raschheit, Sparsamkeit, Reinlichkeit und Sicherheit, die sie vor der gewöhnlichen Pipette voraus haben. Die von M. konstruierte Pumppipette hat vor den ähnlichen, besonders jener von Writhe, erfundenen Instrumenten folgende Vorzüge: 1. Kann sie mit Leichtigkeit an jede Art Pipette angefügt; 2. mit einer Hand benutzt werden, so daſs die andere für anderweitige Arbeit frei bleibt; 3. ist sie fest schlieſsend, einfach in der Konstruktion und kann leicht auseinander genommen werden zur Sterilisation, Reinigung unter anderem. Auch dem Physiologen, Chemiker, Pharmazeuten und allen, welchen Genauigkeit, verbunden mit Schnelligkeit im Abmessen geringer Flüssigkeitsmengen erwünscht ist, empfiehlt M. diese Pipettepumpe. Mit sechs Abbildungen. *Stern-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XIV, Juli 1910.

Diagnose und Behandlung des Ekzems, von Isadore Dyer-New Orleans. Nichts Neues.

Dermatologische Einfälle, von Ralph William-Los Angeles. Erzählung von scherzhaften Begebenheiten durch Salbenverwechslungen, Chrysarobinverfärbungen u. a.

Die Entzündung der Samenbläschen, von Noah E. Aronstam - Detroit. Bekanntes.

Schlechte Behandlung der Blennorrhoe, von Leo Jacobi-New York. J. zeigt, an welchen Kleinigkeiten oft die besten therapeutischen Maſsnahmen scheitern.

Akute Prostatitis, von W. R. Jamielson-Torreon. Allgemein Bekanntes.

Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von John N. Baughman-Evansville. Nichts Neues.

Die tiefe Urethrotomia interna, von Harry C. Weber-Louisville. Empfehlung der Methode.

Die Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von John N. Upshur-Richmond. Ruf nach Aufklärung.

August 1910.

Wert der Wassermannschen Serumreaktion für die allgemeine Medizin, von C. Matson-Portland. Bekanntes.

Ideale Methode zur Behandlung des Lupus erythematosus, von Eberhard W. Dittrich-New York. Empfehlung der Behandlung mit Kohlensäureschnee.

Nierenentkapselung zur Behandlung der chronischen Brightschen Krankheit, von Isaac N. Danforth-Chicago. Kasuistik.

Syphilitische und carcinomatöse Erkrankungen der Mundhöhle vom Standpunkt des Zahnarztes, von C. J. Broeman-Cincinnati. Hinweis auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose.

Die Prophylaxe und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Edwin J. Kehoe-Cincinnati. Der Verfasser verlangt Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Gesundheitsnachweis für die Eheschliefsung, strenge Überwachung der Prostituierten. *Schourp-Danzig.*

Actas dermo-sifiligráficas.

1910. Nr. 2.

Verhandlungen der spanischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 2. Dezember 1909.

Imaginäre Zungencarcinome (Glossodynie), von Juan de Azúa. Es werden vier Krankengeschichten von Glossodynie mitgeteilt, bei welchen jedesmal ein leichter Zustand von Papillitis oder erosiver epithelialer Glossitis zu den abnormen Sensationen und „Phobien“ Anlafs gab.

Das Soamin in der Therapie der Syphilis, von Clementino Basail. Es handelt sich um eine Arsenverbindung, die 22% Arsen enthält, 40 mal weniger toxisch ist als die arsenige Säure und nach der Formel $C_6H_4NH_2AsO(OH)(ONa)_5H^2O$ zusammengesetzt ist. Es werden im ganzen mindestens 6 g der Substanz in Dosen von 0,4 bis 0,65 intramuskulär injiziert. Es wurden wohl Besserungen, ja sogar rasches Verschwinden von luetischen Symptomen konstatiert, doch betrachtet der Verfasser das Mittel nicht als Spezifikum, sondern nur als Ersatz des Quecksilbers, wenn letzteres kontraindiziert ist.

Papulo-nekrotische Tuberkulide, von J. S. Covisa. Tiefe Papeln und Vesikopusteln, Infiltration und Verdickung der umgebenden Haut in symmetrischer Anordnung auf Händen, Unterschenkeln und Füfsen.

Allgemeine Pseudoparalyse infolge von Arteriitis bei einem Syphilitiker, von E. Alvarez Sainz de Aja. Reflektorische Pupillenstarre, Schwinden der Intelligenz und des Sprachvermögens und allgemeine Muskelschwäche bei Fehlen von Sensibilitätsstörungen und von Lähmungen liefsen die Diagnose „Pseudoparalyse“ stellen. Aufserdem hatte der (40jährige) Patient eine Aorteninsuffizienz. Der Verfasser glaubt, dafs diese Aortitis auch einen Schlufs auf die Ätiologie der Gehirnerkrankung erlaubt, die er in einer syphilitischen Endoperiarteriitis der Gehirngefäfse sucht.

Ein Fall von osteoperiostalem Rheumatismus blennorrhoicus lokalisiert am Calcaneus, von E. G. del Mazo. Nichts Besonderes.

Lichen familiaris vom Typus obtusus corneus, von J. de Azúa. Die Krankheit begann bei der Mutter, zehn Jahre später trat sie auch bei einem Sohne und einer Tochter auf, die andere Tochter blieb verschont. Bei allen wurden zuerst die Unterschenkel befallen. Es waren typische Fälle des Jadassohnschen Lichen familiaris.

Bemerkenswerte Gruppierung „en nappe“ eines papulösen Syphilids, von C. Basail. Auf eine Lymphadenitis inguinalis specifica wurde graue Quecksilbersalbe

aufgetragen. Es entstand hierauf eine lokale papulo-vesikulöse Dermatitis und auf dieser ein papulöses Syphilid.

Sitzung vom 5. Januar 1910.

Zwei Fälle von Reinfectio syphilitica, von E. Alvarez Sainz de Aja. Der erste Fall hatte, wie aus der Anamnese hervorging, vor 20 Jahren einen Schanker im Sulcus, der von einer Eruption roter Flecke gefolgt war. Letztere verschwanden auf 20 Quecksilberpillen. Vor zwei Jahren bekam der Patient einen neuen Schanker auf der Glans, dessen Narbe noch vorhanden ist. Dem Schanker folgte wieder eine starke Roseolaeruption mit Plaques im Halse. Momentan bestehen ulcerierte Hautgummata der linken Präaurikularregion. Die Serumreaktion nach Noguchi war positiv. Der zweite Fall betraf einen Heredoluetischen mit Säbelform der Tibien und abgeplattetem Schädel. Seine Mutter machte zwei Aborte vor seiner Geburt durch. Derselbe zeigt momentan die noch indurierten Reste eines Schankers am Penisschaft und ein papulöses Syphilid mit Angina specifica.

Sklerose der Corpora cavernosa, von J. de Azúa. Mitteilung dreier Fälle, die auf keine Therapie reagierten. Bei allen war nebenher eine chronische Urethritis vorhanden.

Lupus erythematosus, tiefes, noduläres Epitheliom, auf dem Lupus entstanden, von J. S. Covisa. Bei einer 34jährigen Patientin entwickelte sich auf der zentralen Narbe eines schmetterlingförmigen Lupus erythematosus mit deutlich markierten Rändern ein typisches Kankroid.

In der Diskussion erwähnt Azúa, daſs ihm sieben derartige Fälle aus seiner Praxis bekannt sind.

Ein sehr frühzeitig aufgetretener Fall von sekundärer luetischer Phlebitis der Vena saphena interna mit Osteoperiostitis frontalis, von J. Nonell. Die Phlebitis hatte sich zwei Monate nach Auftreten des Schankers entwickelt. Die Vena saphena interna konnte am linken Oberschenkel, desgleichen am Unterschenkel als verdickter, schmerzhafter Strang gefühlt werden.

Sarcomatosis cutanea idiopathica pigmentaria haemorrhagica, Typus Kaposi, von J. de Azúa. Mitteilung dreier Fälle, von denen zwei dem typischen Krankheitsbild Kaposis in der Periode der Neubildung entsprachen, während der dritte sich im Initialstadium makulöser Infiltration befand.

Syphilitischer Schanker der Vagina, von E. G. del Mazo. Nichts Besonderes.

Syphilis: Riesenpapel der Conjunctiva, von J. de Azúa. Die Papel reichte vom Limbus cornealis bis zur Karunkel und hatte eine Dicke von mehr als 3 mm.

1910. Nr. 3.

Sitzung vom 3. Februar 1910.

Lymphangiektasien, von Juan de Azúa. Es handelte sich einmal um Lymphangiektasien auf dem Präputium im Anschluſs an chronische Balanoposthitis bei einem 50jährigen Diabetiker, dann um solche der rechten groſsen Labie nach Exstirpation der rechtsseitigen Inguinaldrüsen bei einer 30jährigen Frau. Der dritte Fall betraf lymphatisches Ödem im Anschluſs an multiple Lymphangitiden am Vorderarm, die infolge von langdauernden ekzematösen Prozessen an den Fingern bei einem 36jährigen Mann aufgetreten waren.

Ein Fall von Lungen- und Drüsensyphilis. Lymphangiektasien am Oberschenkel, von Alvarez Sainz de Aja. Die Lungensyphilis war bei dem 36jährigen Patienten sechs Jahre nach erfolgter Infektion aufgetreten und heilte relativ leicht auf Hg. Viel hartnäckiger waren die luetischen Drüsenpackete. Innerhalb des Abdomens waren die Lumbardrüsen geschwollen und verursachten durch Kompression

schwere Nervenstörungen. Ferner hatte die Schwellung der Inguinaldrüsen ein Ödem des ganzen rechten Beines hervorgerufen. Zuletzt erschienen auf der Vorderseite des rechten Oberschenkels zahlreiche kleine Lymphangiektasien.

Aortenaneurysma syphilitischen Ursprungs mit frühem Auftreten, von J. S. Covisa. Die ersten klinischen Symptome der Aortenerweiterung wurden schon sechs Monate nach erfolgter Infektion nachgewiesen. Durch graues Öl und Jodkalium wurde eine wesentliche Besserung erzielt.

Dermatitis, hervorgerufen durch eine Haartinktur (Paraphenyldiamin mit Wasserstoffsuperoxyd), von Juan de Azúa. Mitteilung von vier Fällen. Der Autor gibt aufserdem ein Verfahren zum Nachweis des Paraphenyldiamin in Lösungen.

Ein Fall von balanopräputialer Leukoplakie, von E. Alvarez Sainz de Aja. Die Erkrankung war infolge häufiger durch Unreinlichkeit bedingter Balanoposthitis bei einem luetischen Individuum aufgetreten. Durch Circumcision trat ohne antiluetische Behandlung Heilung ein.

Akne necrotica bemerkenswert durch ihre ausgedehnte Lokalisation, von E. de Oyarzábal. Typischer Fall. Verbreitung über das ganze Gesicht und die Kopfhaut.

Sitzung vom 5. März.

Akutes generalisiertes Erythrasma, von Valoquia-Mexiko. Es traten im Anschlufs an typisches Erythrasma der Inguinalgegend sukzessive 83 Flecken in einem Zeitraum von acht Tagen über dem ganzen Körper zerstreut auf. Überall konnte Microsporon minutissimum nachgewiesen werden. Der Fall stammt aus tropischer Gegend und wies eine excessive Transpirationstätigkeit der Haut auf.

Thrombosis obliterans der Arteria radialis mit Gangrän der Finger bei einem Syphilitiker, von Alvarez Sainz de Aja. Auftreten der Erscheinungen acht Jahre nach der Infektion. Die Wassermannsche Reaktion war stark positiv. Die Behandlung bestand in der Noesskeschen Operation (weite Inzision in Verbindung mit Bierscher Stauung) und antiluetischer Kur und hatte vollständige Heilung zur Folge. Es stiefsen sich nur die Endphalangen der Finger ab.

Anetodermia erythematosa diffusa und in Plaques, von Juan de Azúa. Die Läsionen präsentieren sich in grofsen Flächen, die am Halse und symmetrisch an beiden Oberschenkeln lokalisiert sind. Die Ränder sind nicht scharf begrenzt, höchstens durch eine leichte Akzentuierung der rötlichen Farbe angedeutet. In der Umgebung der Ränder finden sich einige Herde zerstreut. Die Haut innerhalb der Läsionen hat die charakteristische Zigarettenpapierkonsistenz. Die in der Umgebung der grofsen Flächen befindlichen Flecken weisen die verschiedensten Stadien auf. Das Anfangsstadium ist durch einen leicht erhabenen, erythematösen Zustand, aber ohne Infiltration gekennzeichnet. Die Patientin war 33 Jahre alt und in schlechtem Ernährungszustand. Das mikroskopische Bild stimmt mit demjenigen der in der Literatur vorhandenen Fälle von Atrophia idiopathica diffusa cutis überein. Es handelt sich ebenfalls um einen entzündlichen Prozefs, der zur Atrophie führt.

Ein Fall von Erythema multiforme bei einer Nephritiskranken, von Hualde und Sampelayo. Nichts Besonderes.

Folliculitis decalvans. Invasion beinahe des ganzen Kopfes, von E. de Oyarzábal. Kurzer Bericht.

Hydroma vacciniforme. Sommer- und Wintererscheinungen. Buccale und okulare Lokalisationen, von J. de Azúa. Der Fall zeigt alle Merkmale der klassischen Hydroa vacciniforme, sowohl was die Zeit des Auftretens als die evidente Beeinflussung durch Sonnenlicht, die Morphologie und Lokalisation der Elemente und die in deren Gefolge auftretende Narbenbildung betrifft. Er unterscheidet sich aber

von derselben durch das Persistieren der Läsionen im Winter und ist besonders charakterisiert durch das Befallensein der Zunge und Cornea, durch ein durch Mischinfektion hervorgerufenes rein zufälliges Vegetieren und durch die Bildung von Epidermiscysten im Anschlufs an manche Elemente. *Gunsett-Strafsburg.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

1909. Heft 11 und 12.

Über den Zusammenhang zwischen der Schistosomyasis in Japan („Katayamabyo") und der Dermatitis endemica, von U. Matuura-Kyoto.

Cutanreaktion bei den Blennorrhoekranken, von A. Watabiki und Y. Sakaguchi-Tokio.

Pyocyanase für Blennorrhoetherapie, von Y. Sakaguchi.

Über Behandlung von Epididymitis, von H. Nakano und M. Komatuszaki-Tokio.

1910. Heft 2—4.

Über multiple Keloide, von H. Yamada-Tokio.

Zur Erysipelbehandlung, von F. So und S. Suzuki.

Eine Behandlung der Alopecia areata, von A. Nakajima.

Über Kombination des Burrischen Tuscheverfahrens mit gewöhnlichen Färbemethoden zur Differenzierung gewisser Mikroorganismen, von S. Watanabe-Tokio.

Über den gegenwärtigen Stand der Prophylaxis der venerischen Krankheiten in Europa und Amerika, von Y. Kurimoto-Tokio.

Weitere Erfahrungen über die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann, Bruck und Neisser, von K. Dohi und T. Ito-Tokio.

Statistik der Syphilis bei den Prostituierten, von T. Hamai.

Über Allosan, von Y. Tsutsui.

Über die Vereinfachung der Wassermannschen Serodiagnostik, von K. Ito-Tokio.

Die gut ausgestattete Zeitschrift, der öfters vorzügliche Abbildungen beigegeben sind, erscheint in japanischer Sprache; in früheren Jahrgängen pflegte jeder Artikel von einem kurzen Referat in deutscher Sprache begleitet zu sein. Es ist zu bedauern, dafs diese Gepflogenheit in Wegfall gekommen ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band XI, Heft 1 und 2.

Über das sexuelle Leben unserer höheren Schüler, von E. Meirowsky-Cöln. Um über das Erwachen des sexuellen Lebens der höheren Schüler Kenntnis zu erlangen, wurden den Mitgliedern der Studentenkrankenkasse in Breslau Fragebogen überreicht. Aus den Beantwortungen ergibt sich, dafs das sexuelle Leben der Gymnasiasten früher erwacht und früher sich betätigt, als gemeinhin angenommen wird. Der gröfste Teil der Schüler — 71 % — hat kürzere oder längere Zeit onaniert; von den Studenten, welche die Breslauer Hautklinik aufsuchten, haben 45 % als Schüler, 25 % während des Abiturientenjahres und 29 % als Studenten den ersten geschlechtlichen Verkehr ausgeübt. In 40 % aller Fälle wurde der erste Verkehr mit einer Prostituierten, in 53,9 % mit einer Vertreterin der heimlichen Prostitution vollzogen. In 46 % war die Veranlassung zum Geschlechtsverkehr der eigene Trieb, in 23,6 % der Alkohol, in 29,5 % waren Kameraden, Dienstmädchen u. a. die Verführer. Von

den Studierenden, die überhaupt den geschlechtlichen Verkehr ausübten, wurden 73% venerisch infiziert: 94,6% aller Infizierten hatten eine Blennorrhoe, 8,6% Lues, 6% Ulcus molle durchgemacht.

M. glaubt, dafs schon etwa 20% der Primaner geschlechtlichen Verkehr haben. Danach kommen die Abiturientenvorträge als Aufklärungsvorträge viel zu spät und verfehlen ihren eigentlichen Zweck.

Die strafrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, von Max Homburger. (Fortsetzung folgt.) *Schourp-Danzig.*

Bücherbesprechungen.

Die Röntgentherapie in der Dermatologie, von Frank Schultz-Berlin. (Julius Springer, Berlin 1910.) 130 Textfiguren. 143 S. 6,00 Mk. Ein recht gutes und lesenswertes Buch, das indes eine so rein persönliche Note trägt, dafs es dem Anfänger nur mit Einschränkung empfohlen werden kann. So anregend die subjektiven Erörterungen allgemeiner Art und die persönlichen Ansichten und Schlufsfolgerungen des Verfassers über Methode der Technik und Abgrenzung der Indikation für denjenigen sind, der als Röntgentherapeut das Fach beherrscht, so schwierig wird es für den Anfänger sein, auf Grund des vorliegenden Leitfadens sich in ein relativ neues Fach einzuarbeiten. Was mit einer bestimmten Methode im einzelnen Falle zu erreichen ist, geht aus den Ausführungen gut hervor und wird durch zahlreiche vorzügliche Abbildungen unterstützt. Im grofsen und ganzen scheint der Verfasser nur auf bestimmten Gebieten die gleich guten Erfolge anderer Autoren gehabt zu haben; es erscheint nicht ausgeschlossen, dafs die Wahl teilweise recht harter Röhren die Schuld daran trägt.

Andererseits wirken die Darlegungen nicht überzeugend, dafs fraktionierte Bestrahlung der einmaligen Applikation einer bestimmten, als indiziert betrachteten Dosis vorzuziehen sei. Erfahrung wie Experiment sprechen im Gegenteil dafür, dafs die Applikation einer bestimmten Dosis in einer Sitzung denselben Effekt hat und leichter abgemessen werden kann, wie verschiedene halbe oder Viertel-Dosen. Eigentümlich berührt auch die aufserordentlich grofse Ängstlichkeit des Verfassers, wenn er bei den verschiedensten Krankheitszuständen (ich erinnere hier nur an tiefe Trichophytien, Epitheliome und ähnliches) stets ein Erythem vermeiden will und immer und immer wieder Atrophie und ähnliche Veränderungen der Haut fürchtet, die doch nur in den allerseltensten Fällen einer Reaktion ersten Grades folgen und auch dann noch in manchen Fällen dem ursprünglichen Krankheitsprozefs vorzuziehen sein werden.

Nicht ganz in Harmonie stehen die ausführlichen Darlegungen über technische Einzelheiten und Apparate, die doch nur für den mit dem Gebiet Unbekannten bestimmt sein können, und auf der anderen Seite die Wiedergabe der persönlichen Experimente und Versuche des Verfassers hinsichtlich seiner „Absorptionstheorie", die in dieser Ausführlichkeit nur den Fachröntgenologen interessieren. Immerhin ist das Buch im allgemeinen recht flott geschrieben und gibt dem Interessenten viel Anregung und wertvolle Notizen aus dem reichen Material der Abteilung für Lichtbehandlung an der Lessenschen Klinik. *W. Lehmann-Stettin.*

Lehrbuch der Haarkrankheiten für Ärzte und Studierende, von Max Joseph-Berlin. (Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1910.) Das ausgesprochene grofse Lehrtalent Josephs zeigt sich wieder in seinem neuen Lehrbuch der Haarkrankheiten.

Dem Studierenden soll mit einem Lehrbuch ein fester Boden unter die Füfse gelegt werden, auf dem er sich bewegen kann, er aber auch, sobald er das Gehen gelernt hat, die vielen offenen Probleme sofort gewahr wird. Im Sinne einer solchen Forderung ist das Schreiben von Lehrbüchern eine Kunst, welche nur sehr wenige beherrschen, eine Kunst, welche um so höher zu achten ist, wenn der Stoff nach der Seite der Ätiologie und pathologischen Anatomie so ungeklärt ist wie bei den Haarkrankheiten. Aber auch der erfahrene Dermatologe, welchem oft die Haarkrankheiten aus den angeführten Gründen ein Stiefkind bleiben, wird Joseph Dank wissen für die objektiven, von jeglicher störenden Polemik freien, klaren Darstellungen, welche — die cicatriciellen Alopecien und die parasitären Haarkrankheiten seien besonders hervorgehoben — ihn bei Einzelfällen schnell und erschöpfend orientieren und ihm mit einem ausgezeichneten Literaturverzeichnis für spezielle Zwecke an die Hand gehen. Das letztere ist ein von Joseph im Vorwort warm anerkanntes Verdienst seines Freundes und früheren Assistenten Trautmann.

Bei einer Neuauflage seines Buches wird Joseph doch gut tun, eine kurze Anatomie voraufzuschicken.

Referent darf sich mit der kurzen eindringlichen Empfehlung des Lehrbuches bescheiden. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel, von Johannes Bresler-Lüben. (Halle a. S., Carl Marhold, 1910.) Sammelreferat über die bisher veröffentlichten Erfahrungen über das Dioxydiamido-Arsenobenzol nach den in den verschiedenen Zeitschriften vorliegenden Mitteilungen. *Schourp-Danzig.*

Die Pathologie und Therapie der Lepra, von Wilhelm Ebstein - Göttingen. (Leipzig, Werner Klinkhardt, 1909.) Mit der vorliegenden Arbeit, die als neunter Band der Bibliothek medizinischer Monographien erschienen ist, hat sich der Verfasser die Aufgabe gestellt, den heutigen Stand der Leprafrage darzulegen und die bisher erschienene Literatur zusammenzustellen und kritisch zu beleuchten. Die gedrängte Kürze des Werkchens schafft dem Suchenden eine schnelle und klare Übersicht.
Schourp-Danzig.

Klinisches Jahrbuch. Bd. XXIII, Heft 2. Dieses Heft enthält:

Die Säuglingssterblichkeit in Pommern, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung, von Erich Peiper und Richard Pauli-Greifswald.

Die in Preufsen gegen die Verbreitung der Tuberkulose in den Jahren 1903 bis 1908 getroffenen Mafsnahmen, von Doepner-Berlin.

Über Züchtungsversuche der Spirochaeta pallida und Spirochaeta refringens sowie Tierversuche mit den kultivierten Spirochäten, von P. Mühlens-Wilhelmshaven. Der Verfasser berichtet ausführlich, dafs ihm nach anfänglicher Mischkultur die Reinzüchtung einer von der Spirochaeta pallida morphologisch nicht zu unterscheidenden Spirochäte aus der Leistendrüse eines sekundär Syphilitischen in Pferdeserumagar gelungen ist. Diese Spirochäte ist leicht zu unterscheiden von der vom Verfasser in Mischkultur nach Scherechewsky wiederholt kultivierten Spirochäte vom Refringenstyp. Mit beiden Spirochätenarten konnten keinerlei spezifisch syphilitische Erscheinungen bei Kaninchen und Affen erzielt werden. Dies spricht aber noch nicht unbedingt dagegen, dafs es sich bei der gezüchteten Spirochäte vom Pallidatyp um die wirkliche Spirochaeta pallida handelt. Die Spirochäten könnten ja in den Kulturen avirulent geworden sein, wie es von anderen Mikroorganismen — Trypanosomen, Schweinerotlauf — bekannt ist. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Die Behandlung des Lupus.

Referate, erstattet auf Ersuchen des Vorstandes der Lupuskommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Sachverständigensitzung am 12. Mai 1910 in Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 25.)

I. **Die chirurgische Behandlung des Lupus,** von LANG - Wien. L. hat von 441 Lupuskranken, die er mit seinem operativ-plastischen Verfahren behandelt hat, 308 nach längerer Zeit, zum Teil nach vielen Jahren, wieder untersucht und festgestellt, dafs 259 nach einmaliger Operation und weitere 17 nach Entfernung eines kleinen Rezidivherdes, im ganzen also 276, dauernd geheilt geblieben sind. Er hat die Methode auch bei Gesichtslupus, der die die Gröfse eines Fünfmarkstückes weit, selbst um das Fünf- bis Elffache, übertraf, zur Anwendung gebracht und auch in solchen Fällen funktionell und kosmetisch sehr gute Resultate erzielt. — Die operative Behandlung des Lupus stellt demnach eine vollkommen radikale Methode dar, die auch bei ausgedehnten Krankheitsherden sehr wohl brauchbar ist. Da sie überdies sehr geringe Kosten verursacht, so ist ihr in jeder Lupusheilstätte der breiteste Raum zuzuweisen; es müssen also Einrichtung und Organisation solcher Institute schon von vornherein dahin zielen, dafs die operative Behandlung des Lupus in ausgedehntestem Mafse vorgenommen werden kann.

II. **Die Behandlung des Lupus nach FINSEN,** von ZINSSER-Köln. Die Finsenbehandlung hat nach Z. von allen Mehoden der Lupusbehandlung das weiteste Indikationsgebiet; sie wird, was Sicherheit des Erfolges, Gefahrlosigkeit und vor allem Schönheit des Effektes anbelangt, von keinem anderen Verfahren erreicht oder gar übertroffen. Fälle von reinem, Fünfmarkstückgröfse nicht überschreitenden Hautlupus ohne Schleimhautkomplikationen sollten, namentlich wenn sie im Gesicht sitzen, nur der Finsentherapie unterzogen werden; es wird in solchen Fällen, wenn die Behandlung wirklich bis zu Ende durchgeführt wird, mit Sicherheit Heilung erzielt. Für Fälle von mittelgrofser Ausdehnung ohne Komplikationen gilt im wesentlichen dasselbe; doch empfiehlt sich bei solchen Kranken, um die Behandlungsdauer und damit auch die Kosten möglichst zu verringern, eine Vorbehandlung, am besten mit Pyrogallol. Bei den ganz ausgedehnten und tiefen Fällen mit mehr oder weniger schweren Komplikationen ist die Finsenbehandlung aufserordentlich mühsam, langwierig und kostspielig, hier soll möglichst viel durch Vorbehandlung mit anderen Methoden, am besten durch kombinierte Pyrogallol- und Röntgenbehandlung, beseitigt werden. Eine nennenswerte Konkurrenz hat die Finsentherapie nur in der operativen Behandlung, die sie aber vor allem in der Schönheit des Resultats übertrifft. Der Lupus der Schleimhäute ist für die Finsenbehandlung fast ganz unzugänglich, auch an den Ohren ist sie nicht anwendbar, — Die recht beträchtlichen Kosten der Finsenbehandlung verringern sich bei Anwendung der künstlichen Kompressoren, die der manuellen Kompression an Wirksamkeit nicht nachstehen.

III. **Die Behandlung des Lupus mit Radium,** von PAUL WICHMANN-Hamburg. Nach W. sind die schlechten Erfolge der Radiumbehandlung des Lupus, über die

manche Autoren berichten, zum grofsen Teile durch fehlerhafte Technik bedingt; bei richtiger Technik sind die Resultate, namentlich auch in kosmetischer Beziehung, sehr befriedigend. Von Dauerheilungen in gröfserer Zahl kann vorerst allerdings nicht die Rede sein, da fast alle publizierten Fälle erst kurze Zeit beobachtet werden. — Die bisherigen Ergebnisse beweisen nach W. folgendes:

1. Die Behandlung mit Radiumstrahlen stellt einen wertvollen Faktor in der Lupustherapie dar, der die übrigen radiologischen Methoden in willkommener Weise ergänzt.

2. Die Radiumbestrahlung erscheint besonders angezeigt:

a) bei kleinen Lupusherden, disseminierten Knötchen in der Haut, falls eine tiefgreifende, weit im Gesunden zu umgrenzende Exzision wegen schwieriger Lokalisation oder sonstiger Gründe nicht durchführbar ist oder eine derartige Exzision mit nachfolgender Plastik in kosmetischer Beziehung ungünstig ins Gewicht fallen würde;

b) bei Schleimhautlupus.

3. Notwendige Vorbedingungen einer entsprechenden Lupustherapie mit Radiumstrahlung sind:

a) Verwendung von Präparaten höchster Aktivität (etwa von mindestens 500000 Uraneinheiten an), deren biologische Leistungsfähigkeit empirisch festgestellt ist;

b) Anwendung geeigneter Filter, um die α- und einen Teil der β-Strahlen, die in den oberflächlichen Hautschichten bereits zur Nekrose führen, unschädlich zu machen.

Die Versuche, Lupus durch Emanation, durch Injektion von Emanationswasser oder von induziert radioaktiven Körpern in löslicher oder unlöslicher Form oder endlich durch Injektion direkt radioaktiver Grundsubstanzen in die Gewebe zu beeinflussen, sind noch nicht abgeschlossen; doch glaubt W., dafs diese Mafsnahmen in der Lupustherapie Bedeutung gewinnen werden, da sie es ermöglichen, die Gewebe tief mit radioaktiven, therapeutisch wirksamen Substanzen zu beschicken.

IV. **Die Behandlung des Lupus nach anderen Methoden**, von Gottschalk-Stuttgart. G. bespricht in seinem Referate hauptsächlich die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen. Bei dieser ist die Technik von ausschlaggebender Bedeutung; bei entsprechender Ausdauer und Technik kann die Mehrzahl der Lupusfälle, und zwar besonders der ulcerösen und hypertrophischen Formen, durch Röntgenbestrahlung gebessert und eine grofse Anzahl geheilt werden. Immerhin bringt die Röntgenbehandlung infolge der destruierenden Wirkung der Strahlen nicht geringe Gefahren, und G. ist deshalb gleich anderen Autoren dazu gekommen, sie mit anderen Methoden, speziell mit der Lichttherapie, zu kombinieren. Für kleine, umschriebene, exogen entstandene Herde empfiehlt auch G. Exzision und Plastik, bei den ausgedehnteren lupösen Prozessen aber ist, gleichviel wo sie sitzen und wie sie entstanden sind, die kombinierte Röntgen-Finsenbehandlung angezeigt, und zwar kommt bei den ulcerierten, intumeszierten und verrukösen Formen den Röntgenbestrahlungen die Hauptbedeutung zu, während bei den flachen, nicht ulcerierten Formen die Finsentherapie im Vordergrund steht. — Als geeignetste Art der Röntgenbehandlung des Lupus gilt jetzt allgemein die primitive Methode (Bestrahlung in refracta dosi). G. verabreicht täglich $^1/_2$—2 x, benutzt zur Dosierung ausschliefslich das Radiometer Kienböck und verwendet nur mittelharte Röhren. Durch die Bestrahlungen wird Hyperämie erzeugt, die möglichst lange erhalten werden mufs und möglichst langsam abklingen soll; dabei kommen grofse Flächen gerade der schwersten, exulcerierten Formen zur Überhäutung, hypertrophische Formen flachen ab, die Knötchen werden eliminiert oder atrophieren. Fast stets ist eine zweite Bestrahlungsserie notwendig; da aber das hochempfindliche

Lupusgewebe bereits durch unempfindliches Bindegewebe ersetzt ist, mufs die Haut zu dieser zweiten Serie durch Erzeugung von Hyperämie — beim Extremitätenlupus durch Vorbehandlung im Bierschen Heifsluftkasten, beim Lupus des Gesichtes durch Gesichtsdampfbäder oder durch Scheinwerferblaulicht — sensibilisiert werden, aufserdem sind die Bestrahlungen mit weicheren Röhren bei geringerer Fokusdistanz (aber nicht unter 15 cm) vorzunehmen. — Dem Lupus der Schleimhäute können wir mit dem Röntgenverfahren durch geeignete Bleiglasansätze an den Konzentrator überall beikommen, und auch vereinzelte an der Tiefe liegende Knötchen sind der Wirkung der Röntgenstrahlen zugänglich, wenn Konzentrator, Kompression und Filter angewendet werden. In der gesamten übrigen Röntgentherapie des Lupus sind Kompressorien und Filter zu vermeiden.

Die Bestrahlung mit der Kromayerschen Quarzlampe, „einer in Lichtform und Lichtwirkung umgesetzten Schälpaste", bildet namentlich bei krustösen und verrukösen Lupusformen eine ausgezeichnete Vorbereitung für die Finsentherapie, während die Anwendung von Pyrogallol vielleicht als Vorbehandlung für Röntgen-, aber nicht als Vorbehandlung für Finsentherapie geeignet erscheint.

Von Tuberkulinkuren in Verbindung mit anderen Behandlungsmethoden hat G. keinen Schaden, aber auch keinen Nutzen gesehen.

In der eingehenden Diskussion, die sich an diese vier Referate anschlofs, wurde mehrfach der Bewunderung der von Lang mit der operativen Behandlung erzielten Resultate Ausdruck gegeben, dabei aber auch betont, dafs es sich bei Fällen Langs ausschliefslich um reinen Hautlupus, also um verhältnismäfsig einfache Fälle gehandelt hat.

Nagelschmidt-Berlin hält die Röntgenbestrahlungen bei Lupus für kontraindiziert; um einen Lupus durch Röntgenbehandlung zur Heilung zu bringen, bedarf es so starker Dosen, dafs auch das Zwischengewebe durch Dermatitis zerstört wird. Die Finsenbehandlung, die allerdings sehr gute Resultate ergibt, ersetzt N. seit einiger Zeit fast ganz durch die Diathermie, das ist die Erzeugung von starken Temperaturerhöhungen in den Geweben durch Hochfrequenzströme. Mit diesem Verfahren können Lupusherde von beliebiger Gröfse in einer Sitzung innerhalb weniger Minuten zerstört werden; ob die Heilung dauernd ist, vermag N. jetzt allerdings noch nicht zu sagen.

Neisser-Breslau will, dafs Lupuskranke, bei denen wegen ausgedehnter Gewebszerstörung und Verstümmelung eine durchgreifende Besserung doch nicht mehr möglich ist, überhaupt nicht behandelt, sondern in Armenhäusern oder in eigenen Lupusheimen untergebracht werden. — Die Exzision erscheint N. in allen Fällen, in denen sie überhaupt ausführbar ist und in denen es nur auf den Heileffekt ankommt, als das beste Verfahren; in Fällen, in denen auch das kosmetische Resultat berücksichtigt werden mufs, kommt an ihrer Stelle die Finsenbestrahlung in erster Linie in Betracht. Mit der Quarzlampe kann man nach den Erfahrungen N.s bei langdauernden (halbstündigen und längeren) Bestrahlungen aus unmittelbarer Nähe ebenso gute Resultate erzielen wie mit der Finsen-Reynlampe. In schwierigen Fällen, namentlich da, wo es sich um grofse Flächen handelt und wo die Schleimhaut des Mundes und der Nase erkrankt ist, gibt N. der Röntgentherapie bei weitem den Vorzug, empfiehlt aber im Gegensatz zu Gottschalk einzelne starke Dosen. Um die Pyrogallolanwendung wirksam zu machen, müssen zuerst die ganz oberflächlichen, leicht entfernbaren, morschen Gewebe mechanisch beseitigt werden; tiefe, energische Auskratzungen sind schädlich. Im Tuberkulin sieht N. ein ganz unentbehrliches Hilfsmittel für die Lupustherapie; namentlich die Fälle mit grofsen wulstigen Infiltrationen und die Infiltrationen der Mundschleimhaut werden durch Tuberkulin sehr günstig beeinflufst.

Jacobi-Freiburg empfiehlt die besonders in Frankreich übliche galvanokaustische Stichelung, die speziell bei Lupus der Schleimhäute Hervorragendes leistet, aber auch

bei Lupus der äufseren Haut zur Unterstützung der Finsentherapie oder der Quarzlampenbehandlung sehr zu empfehlen ist. Die Finsenbehandlung wirkt bei alten Leuten nach den Erfahrungen J.s nur ganz oberflächlich. In Fällen, in denen durch ungeeignete Behandlung kallöse Narben entstanden sind, behandelt J. mit Thiosinamin oder Fibrolysin vor, man erzielt dann mit der Finsenbehandlung weit gröfsere Tiefenwirkung. Der grofse Finsenapparat ist nach J. durch die Finsen-Reynlampe nicht zu ersetzen. Alle blutigen Methoden der Lupusbehandlung mit Ausnahme der Exzision, also Skarifikation, blutige Stichelung, Auskratzung, sind zu verwerfen. Dagegen ist vielleicht der Forestsche Kaltkauter, mit dem J. zurzeit Versuche macht, für die Lupustherapie brauchbar.

Scholtz-Königsberg, der fast nur ganz schwere, veraltete Lupusfälle sieht und mit sehr beschränkten Mitteln arbeiten mufs, erzielt mit der alten Pyrogallolbehandlung in Verbindung mit Tuberkulinkuren und Röntgen- oder auch Quarzlampenbestrahlungen selbst in schweren Fällen durchaus befriedigende Resultate. Die Röntgenstrahlen verabreicht Sch. jedesmal in voller oder nahezu voller Erythemdosis; freilich entstehen danach ziemlich oft Teleangiektasien.

Blaschko-Berlin betont, dafs man mit der durch Anwendung von Kalilauge vorbereiteten Pyrogallolbehandlung einen nicht zu ausgedehnten Lupus, namentlich auch Schleimhautlupus, vollkommen zur Heilung bringen kann. Alle Methoden, die nicht elektiv wirken, sind zu widerraten; zu diesen gehört auch die von Jacobi empfohlene Galvanokaustik und die Behandlung mit dem Kaltkauter. Tuberkulin sollte in so schwacher Konzentration, dafs es keine allgemeine, aber eine leichte lokale Reaktion erzeugt, in allen Lupusfällen als Hilfsmittel angewendet werden.

Lesser-Berlin hofft, dafs die operativ-plastische Behandlung immer mehr Eingang finden wird; bei ganz kleinen Lupusherden ist ihr allerdings die Finsenbehandlung vorzuziehen. Die von Zinsser gerühmten Kompressorien sind nur an Stellen, wo die Haut dem Knochen dicht anliegt, gut anwendbar; im übrigen ist die manuelle Kompression vorzuziehen. Zur Pyrogallolbehandlung, die sehr gut wirkt, empfiehlt L. die von Boeck angegebene Pyrogallol-Resorcin-Salicylsäuresalbe, vielleicht in etwas weniger starker Konzentration.

Veiel-Cannstadt weist darauf hin, dafs bei Pyrogallolbehandlnng, die stets bis zu völliger Heilung durchgeführt werden mufs, die Narben um so schöner und weicher werden, je langsamer die Wunden heilen; vor der Pyrogallolbehandlung auszukratzen oder sonstwie vorzubereiten, hält V. nicht für empfehlenswert. Sehr gut wirkt Pyrogallol beim Lupus über tuberkulösen Drüsen.

Litzner-Schöneberg glaubt, dafs durch Tuberkulinkuren bei Lupus bei Verabreichung grofser Dosen viel mehr erreicht werden kann, als bisher erreicht worden ist. Bei Schleimhautlupus wirkt Tuberkulin unübertrefflich. Alttuberkulin, das zu diagnostischen Zwecken unersetzlich ist, wendet L. zur Behandlung nicht mehr an; Bazillenemulsion ist viel wirksamer.

König-Altona meint, dafs die physikalischen Behandlungsmethoden bei Lupus doch viele Enttäuschungen gebracht haben, und dafs die radikale operative Behandlung verdientermafsen wieder an Boden gewinnt. Lupusknötchen, die tief im Fettgewebe sitzen, können unmöglich durch unblutige Methoden zur Heilung gebracht werden; nach der Exzision solcher tiefliegender Herde erst ist dermatologische Behandlung, Lichttherapie usw., am Platze.

Levy-Dorn-Berlin hält es im Gegensatz zu Gottschalk nicht für richtig, beim Röntgenverfahren eine bestimmte Technik als die allein brauchbare zu empfehlen; auch soll man sich bei der Prüfung der Strahlenmengen nicht auf einen einzigen Indikator verlassen.

Klingmüller-Kiel hat bei den ganz kleinen Lupusherden mit der Finsen-Reynlampe die schlechtesten Resultate erzielt. Die Pyrogallolbehandlung nach Veiel ist ausgezeichnet, dagegen ist vor der Heifsluftbehandlung zu warnen, da sie Keloide erzeugt. Die Anwendung der Quarzlampe ist sehr zu empfehlen, sie wirkt z. B. bei Lupus am Ohr ausgezeichnet; aufserdem kann man durch Quarzlampenbestrahlungen Narben erweichen und Röntgen-Teleangiektasien beseitigen. Die von Jacobi erwähnte galvanokaustische Behandlung, an die Kl. Pinselungen mit Jod-Jodkaliumlösung anschliefst, leistet bei Schleimhautlupus sehr Gutes. Von gröfster Bedeutung ist bei Lupösen die Allgemeinbehandlung.

Doutrelepont-Bonn versichert, dafs man mit Tuberkulin allein, wenn man es lange genug gibt, Lupus radikal heilen kann. Zur Vorbereitung für die Pyrogallolbehandlung wendet D. nicht mehr die schmerzhaften Pinselungen mit Kalium causticum, sondern Quarzlampenbestrahlungen an. Bei Röntgen-Teleangiektasien ist die Applikation von Kohlensäureschnee zu empfehlen. Payr-Greifswald versucht, Lupus statt von der Hautoberfläche vom subcutanen Bindegewebe aus anzugreifen: beiderseits werden mindestens 1 cm vom Herde entfernt Parallelschnitte bis zur Fascie geführt und Haut und Subcutis bis unter den Herd heraus stumpf von der Fascie abgelöst; der Lappen wird mit Jodoformgaze, die mit Perubalsam getränkt ist, unterlegt, die Enden der Gaze werden über den Lupusherd geschlagen, dann wird verbunden, der Verband ist alle acht Tage zu erneuern. D. hat dieses Verfahren in einem Falle angewendet, das Resultat war befriedigend.

Fabry-Dortmund warnt davor, bei der operativen Behandlung die zur Exzision gebrauchten Instrumente auch zur Naht und zur sekundären Implantation zu benutzen; es könnte dadurch Lupus neu eingeimpft werden. Zur Desinfektion der Wundhöhle nach Exstirpation empfiehlt er die Jodtinktur. Beginnender Lupus, bei dem nur kleine Knötchen an der Nasenspitze oder an den Wangen vorhanden sind, läfst sich durch gründliche Galvanokaustik radikal beseitigen.

Axmann-Erfurt hebt hervor, dafs man die nach Radium- oder Röntgenbehandlung entstandenen Teleangiektasien durch einige Uviol- oder Quarzlampenbestrahlungen beseitigen kann, während bei Keloiden und Narben der Kohlensäureschnee sehr gute Dienste tut.

Arning-Hamburg frägt, ob etwa die Rezidive in der Umgebung der Narben nach Exzision oder Finsenbehandlung besonders bei Lupus endogenen Ursprungs auftreten und ob bei der Entstehung dieser Rezidive vielleicht besondere Disposition des Körpers oder Bazillenvirulenz mitspielt. — Bei Pyrogallolkuren gibt A. während der Abheilung zwei- bis dreimal wöchentlich intravenöse Fibrolysininjektionen, die Narben werden dadurch glatter und geschmeidiger.

Delbanco-Hamburg weist nachdrücklich darauf hin, dafs viele Lupusfälle auch durch die beste Behandlung nur gebessert, nicht geheilt werden können. Für die Prognose ist die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem, exogenem und endogenem Lupus sehr wichtig.

Das wichtigste Ergebnis der Sitzung ist, wie Wichmann in seinem Schlufswort betont, die Feststellung, dafs nur von der Kombination der verschiedenen Methoden das Heil für die Lupustherapie zu erwarten ist. Das beweise auch eine Statistik über die Resultate der Lupusbehandlung bei sämtlichen deutschen Landesversicherungsanstalten; dieser Statistik zufolge haben nämlich alle, die einseitig mit einer Methode, sei es mit Finsen- oder Quarzlampen- oder Röntgenbestrahlungen oder operativ, gearbeitet haben, schlechte Erfolge aufzuweisen, während diejenigen, die kombinierend vorgingen, meistens Dauerheilungen erzielten. Dabei aber müsse der praktische Arzt daran festhalten, dafs der initiale Lupus in erster Linie mittels Exzision zu beseitigen

ist. Die Initialfälle sollten überall systematisch aufgesucht werden, wie das seit einem Jahre in Hamburg durch den Lupusfürsorgeverein geschieht. *Götz-München.*

Tuberkulöse Intoxikationen, von Josef Hollos-Szeged. (Sitzung am 12. Februar 1910 des Budapester Königlichen Ärztevereins.) Die latenten tuberkulösen Herde haben die Autoimmunität und zugleich die Giftempfindlichkeit des Organismus zur Folge. Letzterer gegenüber reagiert der Organismus mit verschiedenen toxischen Symptomen, von denen der Vortragende folgende Gruppen aufstellt: Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, vasomotorische und Temperaturstörungen, Neigung zum Schwitzen, Mattigkeitsgefühl, rasche Ermüdung, Reizbarkeit, Nervosität, Magenstörungen, habituelle Obstipation, Menstruationsstörungen, Basedow-Krankheit. Auf Grund der spezifischen Behandlung von mehr als tausend Fällen stellte Vortragender die Symptome fest. Die Symptome konnten auch mit der Auslösung künstlicher Intoxikation hervorgerufen werden, und zwar bei der Vaccination mit Anwendung des Isotoxin, als auch bei der Spenglerschen Immunkörperbehandlung mit Einspritzung oder Einreibung gröfserer Dosen. Die künstlich ausgelösten toxischen Symptome können durch Linderung des Toxins leicht behoben werden. Tuberkulose kann im Anfangsstadium der Intoxikation mit spezifischer Behandlung leicht und endgültig geheilt werden. Die Intoxikationssymptome werden oft als Erscheinungen einer Anämie, Neurasthenie, Hysterie und verschiedener Neurosen angesehen und daher ist die Klärung der Ätiologie dieser Symptome sowohl vom wissenschaftlichen, als auch praktischen Gesichtspunkte gleichmäfsig wichtig. Auf Grund seiner Basedow-Fälle, die bei Immunkörperbehandlung prompt reagierten und heilten, stellt Vortragender die Lehre des tuberkulösen Ursprungs dieser Krankheit auf. Die mit toxischen Erscheinungen nicht einhergehende Tuberkulose gibt wegen des Immunitätsmangels schlechte Prognosen. Das sind die Fälle, die auch der spezifischen Behandlung einen schlechten Ruf gemacht haben. Die fortwährende Beachtung der Intoxikationssymptome gibt der spezifischen Behandlung die Richtung. *Poross-Budapest.*

Aus der Praxis der Lupusbekämpfung, von Ph. Ferd. Becker. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 8—9.) Eingehender Bericht über Behandlung von 46 Fällen von tuberkulöser Hauterkrankungen, darunter 40 Lupusfälle. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die kutane Tuberkulinprobe, von C. F. v. Pirquet-Baltimore. (*Arch. of Pediatr.* März 1910.) Zusammenfassung der von P. früher anderweit bereits veröffentlichten Tatsachen über seine Hautreaktion. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Bedeutung der Tuberkulide für die Diagnose der Säuglingstuberkulose, von J. S. Leopold und J. Rosenstern-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1910. Nr. 4.) Von den Tuberkuliden spielt im Säuglingsalter das papulo-squamöse bzw. papulo-nekrotische Tuberkulid eine besonders wichtige Rolle. Mit Recht wird darauf hingewiesen, dafs der Ungeübte die Tuberkulide meist übersieht. Die Verfasser wiesen bei 12 von 30 klinisch beobachteten Tuberkulosefällen Tuberkulide nach. In 5 von 12 Fällen bildeten sie das einzige und damit prämonitorische Symptom der Tuberkulose und in 2 von diesen Fällen gaben sie den Ausschlag bei der Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von Barthélemyscher Folliklis (papulo-nekrotisches Tuberkulid), von Dubois-Havenith. (*La Policlinique de Bruxelles.* 1. August 1910. Nr. 15.) Typischer Fall mit Lokalisation an den Händen, auch an der Palmarseite mit positiver Tuberkulinreaktion. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von Acne teleangiectodes Kaposi (Acnitis Barthélemy), von Nicolaus Haase. (Inaug.-Dissert., Göttingen 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Über Kombination von chronischer Osteomyelitis (Spina ventosa) mit Lupus pernio, von H. Rieder-München. (*Fortschr. f. Röntgen.* XV, 3.) Zwei Fälle;

genaues Eingehen auf die Knochenveränderungen, während der Lupus pernio — dessen tuberkulöse Natur ohne weiteres als feststehend angenommen wird — nicht weiter berücksichtigt wird. *W. Lehmann-Stettin.*

Tuberkulose und Syphilis, von Henri Parmentier. (*Soc. internat. de la Tuberculose.* Sitzung vom 2. Juli 1910.) Der Verfasser beschreibt einen interessanten Fall von Lungensyphilis. Der Kranke hatte Syphilis und Malaria und wies Lungenveränderungen auf, die als tuberkulös bezeichnet wurden. Eine Behandlung mit Hydrargyrum bijodatum bewirkte eine jahrelang andauernde Heilung. Der Verfasser betont die verkannte Häufigkeit der Lungensyphilis und glaubt, daſs viele spontan geheilte Lungentuberkulosen nichts anderes sind als verkannte Syphilisfälle.

Gunsett-Straſsburg.

Resultate der Behandlung der Hauttuberkulose mit der Quecksilber-Quarzlampe von Küch-Kromayer, von D. Jaime Peyri-Barcelona. (*Clinica y Laboratorio.* 1. April 1910. Vol. VIII.) Der Verfasser ist überzeugt: 1. von der histologisch nachgewiesenen Tiefenwirkung der Kromayerschen Lampe; 2. von der günstigen Wirkung derselben bei allen Manifestationen der Hauttuberkulose; 3. von der mehr oder weniger schnellen aber sicheren Heilwirkung in allen Fällen, die er zu behandeln hatte, und 4. von den ausgezeichneten Narben, die aus der Behandlung resultieren.

Gunsett-Straſsburg.

Mit Tuberkulinimpfung geheilter Lupus vulgaris-Fall, von M. Schein-Budapest. (*Bör-és Bujakortan*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Der 27jährige Patient hat auf der Beugeseite des Unterarmes an der Grenze der Handfläche, in einer Ausdehnung von 6 cm, eine auf livider Basis umschriebene Hautveränderung mit verruköser Oberfläche. Verfasser impfte mit dem alten Kochschen Tuberkulin die lupösen Herde, in der Mitte an sechs Stellen. Reaktion: Der Patient hat hohes Fieber. Die Herde waren entzündet, die ganze Hand war ödematös. Die Epidermis löste sich ab und an der Impfungsstelle wurden die Gebilde flacher. Verfasser wollte die Wirkung des Tuberkulins nur auf das Gebiet der geimpften Herde beschränken. So wendete er es verdünnt an (1 : 1000). Mit den diluierten Lösungen erhielt er nur an der Impfungsstelle Reaktion, die in verschiedenen Entzündungsgraden zur Geltung kam. Patient ist gegenwärtig geheilt. Lokalisierten Lupus behandelt Schein nur mit Tuberkulinlösung (1 : 1000). Zehnmal wurde geimpft. Nach 2½ monatlicher Behandlung war der Lupus verschwunden. *Poross-Budapest.*

c. *Syphilis.*

Über experimentelle Kaninchensyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Impfsyphilis des Hodens, von Uhlenhuth und Mulzer. (*Arb. aus dem Kais. Gesundheitsamte.* 1909. Bd. 33, Heft 1.) Bei der Übertragung luetischen Virus von Kaninchenauge zu Kaninchenauge erhielten die Verfasser bereits die 24. Passage. Das Virus scheint sich dabei zu verstärken, da die Intensität der Krankheitserscheinungen zunimmt („Keratitis profunda“) und die Inkubationszeit sich verkürzt (von sechs bis sieben Wochen auf fünf bis sechs und drei bis vier Wochen).

Die Versuche, eine Generalisierung des syphilitischen Virus durch Verimpfung luetischen Materials in die Blutbahn und in die Bauchhöhle von Kaninchen zu erreichen, führten zu keinem Ergebnis. Dagegen entstand bei Implantierung des Impfstoffes in den Hoden eine interstitielle Orchitis; mit diesem Hodenmaterial wiederum gelang es eine typische luetische Keratitis zu erzeugen. Es gelang dann auch eine Passage von Hoden zu Hoden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Allgemeinsyphilis bei Kaninchen und Affen nach intravenöser Impfung, von Uhlenhuth und Paul Mulzer. (*Arb. aus dem Kais. Gesundheitsamte.* 1910.

Bd. 34, Heft 2.) Mit hochvirulentem Material, das durch mehrfache Tierpassagen hochgradig tierpathogen gewesen sein muſs und in dem sich bei Dunkelfeldbeleuchtung zahlreiche lebhaft bewegliche, typische Pallidae nachweisen lieſsen, wurden mehrere Kaninchen und ein niederer Affe (Cercocebus) intravenös geimpft. Bei drei dieser Tiere traten nun Krankheitserscheinungen auf, die auf eine syphilitische Allgemeinerkrankung derselben schlieſsen lassen. 1. Typische syphilitische beiderseitige Hodenerkrankung (Periorchitis circumscripta mit zahlreichen Spirochäten in der Tunica vaginalis) und luetische Keratitis bei zwei Kaninchen. 2. Gummiartige Syphilome an den Nasenöffnungen zweier junger Kaninchen und 3. typische syphilitische Hauterkrankung bei dem Affen, und zwar handelte es sich um ein papulo-serpiginöses bzw. circinäres Exanthem ohne Primäraffekt. *W. Lehmann-Stettin.*

Über experimentelle Kaninchensyphilis, von Uhlenhuth und P. Mulzer. (Referat, erstattet in der derm. Sektion auf der Königsberger Naturforscher- und Ärzteversammlung.) Vortragende berichten über ihre bisherigen Untersuchungen über experimentelle Syphilis. Im Vordergrund derselben standen die Versuche, Kaninchen mit syphilitischem Virus zu infizieren. Zur Infektion wurde sowohl menschliches wie tierisches Virus verwendet, als Ort der Infektion in erster Linie die Hoden der Tiere gewählt. Es gelang den Verfassern. bereits die zehnte Kaninchen-Hodenpassage zu erzielen, wobei eine deutliche Virulenzsteigerung in den höheren Passagen beobachtet werden konnte. Die verschiedenen, auf diese Weise erzeugten Hodenerkrankungen verliefen unter typischen Krankheitsbildern; sie manifestierten als mehr oder weniger charakteristische Primäraffekte der Skrotalhaut, als diffuse oder circumskripte Orchitis oder als totale oder circumskripte Periorchitis syphilitica. Durch den konstanten Nachweis der Spirochaeta pallida und durch das klinische und histologische Bild werden diese Krankheitsprodukte als syphilitische gesichert. Das bei derartigen lokalen Erkrankungen, besonders bei schweren Formen, die dann meist mit einer charakteristischen Leistendrüsenerkrankung einhergehen, schon eine Generalisierung des syphilitischen Virus bestehen kann, zeigten gelungene Verimpfungsversuche in die Hoden normaler Kaninchen mit Leber-, Milz-, Knochenmarkbrei derartig lokal erkrankten Tiere und das Auftreten sekundärer spezifischer Augenerkrankungen nach Impfung und Erkrankung der Hoden. Eine Allgemeininfektion bei Kaninchen konnten die Verfasser aber noch durch intravenöse Impfung erzeugen. Ganz junge Kaninchen scheinen besonders hierzu geeignet. Die Verfasser geben eine bestimmte Methode der Impfung an, die darin besteht, daſs sie möglichst junge (zwei bis acht Tage alte) Tiere mit dem Preſssaft aus fein zerriebenen und mit Kochsalzlösung innig vermengten Hodensyphilomen intracardial wiederholt impfen. Nach einer längeren Inkubationszeit traten bisher regelmäſsig der menschlichen Sypilis äuſserst ähnliche (Papeln, Rupiae, Gummiknoten ähnliche Nasentumoren) bei den geimpften Tieren auf. Diese Krankheitsprodukte, ihre Entstehung sowie die Möglichkeit des Weiterimpfens, dienen als Beweis für die Natur der Spirochaete pallida als Erreger der Syphilis; ein weiterer Beweis hierfür ist die therapeutische Beeinflussung dieser spirochätenhaltigen Krankheitsprodukte durch spezifische Präparate (Atoxyl, atoxylsaures Quecksilber, Ehrlich-Hata 606). Daſs lediglich die Spirochaeta pallida und nicht etwa noch ein anderes filtrierbares Virus die luetische Infektion hervorruft, beweist die Unmöglichkeit, mit durch Berkefeldfilter filtrierten, also spirochätenfreiem Hodensaft, derartige Erkrankungen hervorzurufen.

Über die Wirkung des neuen Arsenpräparates (606) Ehrlichs bei Rekurrens, von J. Iversen - St. Petersburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 15.) An einem Krankenmaterial von einigen 60 Fällen hat D. das Arsenobenzol geprüft und durch den Nachweis von dem prompten Verschwinden der Spirochaeta Obermeieri

im Laufe von vier bis zehn Stunden nach der Injektion (bei intravenöser Zuführung sogar um drei bis vier Stunden schneller) dessen spezifische Wirkung einwandsfrei demonstriert. Als therapeutische Dosis genügt 0,2 bis 0,3 der Substanz. Das Fieber fiel nach 7 bis 14 Stunden, spätestens aber nach 20 Stunden ab, und es trat ein Zustand des Wohlbefindens ein. Zur intravenösen Injektion löst I. das Pulver in ca. 15 ccm Aqua destillata, setzt tropfenweise Normalnatronlauge zu bis der Niederschlag sich löst, setzt dann tropfenweise Essigsäure bis zur Neutralisierung zu (man braucht von einer 1%igen Lösung etwa 2 ccm auf 0,3 Arsenobenzol), giefst diese Lösung zu 500 ccm auf 40° C. erwärmter steriler physiologischer Kochsalzlösung zu, schüttelt kräftig um und injiziert mit Hohlnadel direkt in die Kubitalvene. Diesem Verfahren gibt I. entschieden den Vorzug vor der intramuskulären Injektion.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über luetische mit „Therapia sterilisans magna“ behandelte Fälle, von A. Spatz-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 26.) Auf Grund von sechs Fällen kam Spatz zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. Bei den bisherigen Fällen waren die Ehrlich-Hataschen Einspritzungen schmerzhaft und lösten heftige örtliche und allgemeine Rückwirkungen aus. 2. Luetische Ausschläge, nässende Papeln, Geschwüre verschwinden bzw. heilen spätestens am zehnten Tage nach der Einspritzung ohne jede örtliche Behandlung. 3. Die positive Wassermannsche Reaktion wird zehn bis zwölf Tage nach einer einmaligen Einspritzung in einem Teile der Fälle stark negativ.

Porosz-Budapest.

Über die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol, von W. Wechselmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Wie die angeführten Krankengeschichten lehren, wurden mit dem neuen Mittel eklatante Heilerfolge erzielt. Die Wirkung des Mittels hängt von einer genügend starken Dosierung ab. Die Spirochäten schwinden aus den Ulcerationen nach einem bis mehreren Tagen. Die Wassermannsche Reaktion nimmt angeblich „ganz langsam in regelmäfsiger Weise“ ab und es hängt die Zeit bis zum Verschwinden von dem Grad der Anfangsstärke der Reaktion ab.

Eine wesentliche Toxizität hat das Mittel in den bisher gebrauchten Dosen nicht. Affen vertragen 0,15 g pro Kilogramm Körpergewicht, was auf den Menschen von 60 kg übertragen 9 g ergäbe. Üble Wirkungen auf Herz, Darmkanal, Eiweifs- und Zuckerausscheidungen im Urin wurden nicht beobachtet. Meist war Gewichtszunahme zu konstatieren. Eine Schwangere und ein Nephritiker vertrugen das Mittel gut. Zwei Säuglinge mit Pemphigus syphiliticus wurden geheilt, während drei starben.

Verfasser wandte nur intraglutäale Injektionen an. Anfangs löste er die Dosis mit etwas Methylalkohol oder Glykol an, setzte dazu 10 ccm Aqua dest., dann 1—2 ccm $^1/_{10}$ Normalnatronlauge, füllte auf 25 ccm mit Aqua auf und injizierte diese stark saure Lösung. In letzter Zeit wurde mehrfach soviel $^1/_{10}$ Natronlauge zugesetzt, bis (Phenolphthalein) alkalische Reaktion eintrat und mit 1%iger Essigsäure neutralisiert.

Diskussion (Berl. med. Gesellschaft, Sitzung vom 22. Juni 1910):

Michaelis: Ein Fall von schwerer Rachensyphilis und einer von Hg-Idiosynkrasie erweisen die Vorzüge des neuen Präparates.

Alt-Uchtspringe berichtet über die ersten Versuche mit dem neuen Mittel. Es verloren 16% die Wassermannsche Reaktion. Zum ersten Male konnte er einen Paralytiker, einen Richter, in seinen Beruf zurücklassen. In sechs Tabesfällen zeigte sich nicht nur ein wesentliches Zurückgehen der subjektiven Beschwerden, sondern auch der objektiven Symptome. Gemeinsam mit Schreiber beobachtete Alt als erster die eklatanten Erfolge bei Haut- und Schleimhautsyphilis.

Schreiber-Magdeburg behandelte 128 Fälle intramuskulär und 22 intravenös.

Bei zehn von den ersteren Fällen traten vor Ablauf der ersten vier Wochen wieder Erscheinungen auf.

EHRLICH-Frankfurt a. M. erörtert an der Hand der Hühnerspirillose die verschiedene Wirkungsweise der intravenösen und intramuskulären Injektionstechnik. Intramuskulär behandelte Tiere sind 30 Tage vollkommen gegen Hühnerspirillose gefeit, bei intravenös injizierten Hühnern gelingt die Infektion mit Spirillen schon nach drei bis vier Tagen.

KROMAYER-Berlin berichtet über 15 gute Erfolge bei allerschwerster Syphilis.

TOMASCZEWSKI-Berlin berichtet über 17 Fälle aus der LESSERschen Klinik. Er beobachtete schmerzhafte, oft 8 bis 14 Tage bestehen bleibende Infiltrate.

Arthur Schucht-Danzig.

Das EHRLICHsche neue Antisyphilitikum, von S. SELLEI. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 27.) Verfasser referiert über elf Fälle von WECHSELMANN, von dem er dazu ermächtigt worden ist. *Poross-Budapest.*

Über die Wirkung des EHRLICH-HATAschen Arsenpräparates auf menschliche Syphilis, von GÉRONNE und HUGGENBERG. (Verein der Ärzte Wiesbadens. Sitzung vom 15. Juni 1910, nach *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 28.) Bei intramuskulärer Anwendung traten heftige Schmerzen auf, die zuweilen bis zu mehreren Wochen anhielten. Die momentan günstige Beeinflussung war in allen 55 Fällen sehr bemerkenswert. Nach einer Beobachtung von 13 Wochen traten allerdings etwa fünf Rezidive auf. Die WASSERMANNsche Reaktion wird keineswegs eklatant günstig beeinflufst.

TOUTON mahnt, beim Vergleich vor allem die Wirkung der grofsen Jodkuren in Rücksicht zu ziehen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Wirksamkeit des neuen EHRLICHschen Dioxy-diamido-arsenobenzols, von LEONOR MICHAELIS. (Berl. medizinische Gesellschaft, Sitzung vom 29. Juni 1910, nach *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 28.) Ein fünf Wochen altes Kind mit maculosquamösen Exanthem wurde mit 0,06 des neuen Mittels injiziert. Eine leichte Besserung läfst sich jetzt am dritten Tage feststellen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Behandlung der Syphilis mit dem Dioxy-diamido-arsenobenzol EHRLICHs, von ERN. RENAUX. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 30.) Der Artikel enthält nur einen kurzen Literaturbericht. *Gunsett-Strafsburg.*

EHRLICH-HATA 606 als Gegenmittel der habituellen Frühgeburten, von J. PFEIFER-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 31.) Bezüglich der Behandlung der Frühgeburten empfiehlt Verfasser: 1. Die Behandlung der luetischen Gravida ist um so strenger durchzuführen, je näher der Geburtstermin herankommt. 2. Die Untersuchungen sind nach der Richtung auszudehnen, ob 606 bei habituellen Frühgeburten einen prophylaktischen Wert hat. In letzteren Fällen ist es also ex juvantibus zu verwenden. 3. Die Untersuchungen sind ferner nach der Richtung hin auszudehnen, ob die Mutter in Fällen von intra graviditatem erworbener Lues und von placentarer postkonzeptioneller Ansteckung des Foetus in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft den Foetus austragen bzw. ob ein gesundes spirochätenfreies Kind geboren werden kann. 4. Eine praktisch wichtige Frage ist, ob die luetischen Schwangeren ohne Gefahr mit 606 behandelt werden können. Es mufs ein Versuch nach der Richtung gemacht werden, bis die Häufigkeit der Frühgeburten und die Zahl der während der Schwangerschaft verstorbenen Kinder bei der EHRLICH-Kur abnimmt. Wenn 606 auch kein Organotrop für die Mütter ist, ist es doch die Frage, ob es dies in bezug auf den Organismus des Foetus ist. 5. Die Wirkung ist vor der Konzeption, nach der Infektion in der Ehe, nach der Konzeption, während der ersten Schwangerschaft zu untersuchen. *Poross-Budapest.*

Arsenobenzol und Syphilis, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 33.) H. konnte gleich anderen Autoren feststellen, dafs Arsenobenzol, mit der nötigen Vorsicht angewendet, unschädlich ist und die verschiedenartigsten Syphilissymptome überraschend schnell zur Heilung bringt. Mehrfach wurde nach der Einspritzung eine der Hg-Reaktion analoge Reaktion der allgemeinen Exantheme beobachtet, in fast allen Fällen liefs sich eine Steigerung des Körpergewichtes und eine Besserung des Allgemeinbefindens konstatieren. Die Spirochäten verschwanden in allen Fällen spätestens nach 48 Stunden aus dem Reizserum, positive Wassermannsche Reaktion wurde in einer grofsen Anzahl von Fällen negativ. Rezidive kamen innerhalb eines Zeitraumes von elf Wochen nicht vor; ein Fall verhielt sich refraktär gegen das eine Mittel. — H. injiziert 0,5 g subkutan zwischen den Schulterblättern; 0,5 sollte seiner Ansicht nach jetzt die Mindestdosis sein, da das Mittel neuerdings so verändert wurde, dafs es weniger giftig, aber auch weniger wirksam ist.

Kontraindiziert erscheint H. die Anwendung des Arsenobenzols bei Patienten mit Herzerkrankungen, mit Optikusanomalien, mit putridem Bronchialkatarrh, ferner bei der kongenitalen Syphilis kleiner Kinder, bei denen der Organismus mit Spirochäten überschwemmt ist. *Götz-München.*

Bisherige Erfahrungen mit „Ehrlich 606“, von Braendle und Clingestein-Breslau. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 34.) In der Hälfte der Fälle wurde die sogenannte Jarisch-Herxheimersche Reaktion beobachtet. Bei mehreren Patienten wurde kurz nach der Injektion gesteigerter Blutdruck konstatiert, während vom zweiten bis dritten Tage ab der Puls eher klein und beschleunigt wurde. Die bei den meisten Patienten eintretende Hyperleukocytose (bis 15000) verschwand nach einigen Tagen. Auffallend war die erhebliche Gewichtszunahme bei den Patienten. Ein Negativwerden der Wassermannschen Reaktion wurde unter 27 Fällen nur einmal beobachtet. Bei vier Patienten traten $2^1/_2$ bis 3 Wochen post injectionem deutliche Rezidive auf. Bei mehreren Patienten schwanden die Effloreszenzen nach drei bis vier Wochen noch nicht vollständig. In einem Falle führte eine kombinierte Ehrlich 606 - Kalomelbehandlung zum Ziele. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über weitere 21 mit „Ehrlich 606“ behandelte Syphiliskranke, von M. v. Zeissl-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Z. erklärt auf Grund der bis jetzt von ihm behandelten 52 Fälle, dafs die Ehrlichschen Mittel den Wirkungen von Quecksilber und Jod weit überlegen ist. Er hält es für einen unverzeihlichen Kunstfehler, wenn man Patienten, die mit einem Primäraffekt oder mit frischen Allgemeinerscheinungen und mit einem Primäraffekt behaftet sind, nicht sofort der Behandlung mit „606“ unterzieht. Bei strenger Aseptik bei der Injektion und bei siebentägiger Bettruhe des Patienten hat Z. keinerlei Störung irgendeines Organs beobachtet.

Schourp-Danzig.

Bemerkungen zu Ehrlichs Erwiderung „Über Blasenstörungen nach Anwendung von Präparat 606“ in Nr. 30 dieser Wochenschrift, von Karl Boháč und Paul Sobotka-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Die Verfasser haben eine Reihe Versuche angestellt, auch die von Ehrlich angeführte Literatur nachgeprüft, und erklären sich wiederholt aufserstande, die Identität des von ihnen geschilderten Krankheitsbildes mit demjenigen der Methylalkoholvergiftung anzuerkennen. *W. Lehmann-Stettin.*

Kasuistik über Ehrlich 606, von Ernst Eitner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschrift.* 1910. Nr. 34.) Bericht über 20 Fälle, in denen die prompte Wirkung des Präparats etwa die gleiche war, wie in den bisherigen Publikationen mitgeteilt. Die Beschwerden der Injektion waren relativ gering, auch Nachinjektionen scheinen gut vertragen zu werden. E. hält die Dosis von 0,4 bis 0,5 g für zu gering, möchte aber

grofse Dosen in mehreren Portionen verabfolgen. Ein Fall von aufserordentlich hartnäckiger Psoriasis blieb auch von „606“ unbeeinflufst. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Technik der Injektion von Dioxy-amido-Arsenobenzol, von Wechselmann und Lange. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Die Verfasser haben in der letzten Zeit die lackmusneutrale Suspension von 606 zentrifugiert und den Schlamm mit physiologischer Kochsalzlösung aufgenommen. Die Injektion als solche wird dadurch absolut schmerzlos. *Götz-München.*

Die Behandlung der Syphilis mit Ehrlich-Hata 606, von K. Junkermann-Dortmund. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 35.) 25 Krankengeschichten. Bei zwei schwächlichen Patienten wurde kurzdauernde Alteration des Herzens mit Angst und Schweifsausbruch gesehen. Die Dosis 0,6 wurde immer gut vertragen.

Arthur Schucht-Danzig.

Kritische Bemerkungen zur Ehrlich-Hata-Behandlung, von A. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) Anwendungsweise, Applikationsweg, Dosierung und anderes wird auf Grund zahlreicher Erfahrungen besprochen. Eine Überempfindlichkeit gegenüber Arsenpräparaten bei mehrfacher Injektion befürchtet Verfasser nicht, es tritt eher das Gegenteil, Angewöhnung ein. Unter die Indikationen zur Behandlung nach Ehrlich entfallen nicht die symptomlosen Stadien der Syphilitiker. Die entscheidende Gruppe von Fällen ist die der mit frischer konstitutioneller Syphilis behafteten und bisher behandelten Kranken. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bietet die intravenöse Injektion von „606“ besondere Gefahren? Von P. Ehrlich - Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) Zu dem von Fraenkel und Grouven beobachteten Fall von tödlicher Wirkung einer intravenösen Injektion von „606“ bemerkt E., dafs nach den ihm zugegangenen Berichten man nicht berechtigt ist, der Injektionsweise die Schuld an dem beklagenswerten Vorfall zuzuschreiben, sondern den bei der Sektion vorgefundenen ausgedehnten Abnormitäten an verschiedenen Organen des Kranken. Es fanden sich neben sehr erheblichen Störungen am Gehirn auch Herzatrophie und Herzverfettung, Hypoplasie der einen Niere, Milzschwellung und Leberhyperämie. Nach den bisherigen Erfahrungen müssen als Kontraindikationen gelten: Arteriensklerose, Angina pectoris sowie andere Herzaffektionen und alle schweren Hirnstörungen. Andererseits sind auch zwei Patienten nach der intramuskulären Injektion gestorben, und es sind mindestens 300 Fälle schon intravenös ohne üble Wirkung behandelt worden, sogar mit Dosen bis zu 1,0. Es würde vielleicht am allerzweckmäfsigsten sein, zuerst eine intravenöse und nach 48 Stunden eine intramuskuläre Injektion zu geben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Unerwartete Resultate bei einem hereditär-syphilitischen Säugling nach Behandlung der Mutter mit „606“, von R. Duhot-Brüssel. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 35.) Verfasser berichtet über einen fast in allen Einzelheiten mit der von Taege geschilderten Beobachtung übereinstimmenden Parallelfall. Ein Übergehen von Arsenik in die Muttermilch konnte auch hier nicht nachgewiesen werden, man wird zu der Annahme gedrängt, dafs die im mütterlichen Organismus durch die Injektion (in diesem Falle 0,5 g) freiwerdenden Antitoxine auf den Säugling übertragen werden. Vor einer Injektion von Arsenobenzol beim Säugling ist zu warnen, allenfalls könnte eine solche im späteren Verlauf etwa nach Vernichtung der Mehrzahl der Spirochäten im Körper in Betracht kommen. Nebenbei mag erwähnt werden, dafs D. bei ungeschwächten Individuen 1,0 als übliche Dosis verabreicht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Arsenobenzol bei Syphilis, von B. Spiethoff-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) Die hier mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich auf 50 Fälle von verschiedentlicher Gravität und aus verschiedenen Stadien. Die Ergebnisse waren,

wie die von anderen Verfassern berichteten, fast durchweg günstig, teilweise geradezu erstaunlich. Bei 15 Fällen wurde einige Wochen hindurch das Verhalten der Wassermannschen Reaktion verfolgt und meistenteils ein mehr oder weniger schnelles Negativwerden derselben konstatiert. Die Spirochäten verschwanden durchschnittlich in 24 bis 48 Stunden aus dem Reizserum. Bei sehr kachektischen Individuen soll man die Dosis jedenfalls sehr klein bemessen. Eine 28jährige Patientin mit tertiärer Rachenlues erhielt eine Injektion von 0,5 in monazider Lösung. Nachdem sie bis des Abends keine auffallende Störung gezeigt hatte, erhielt sie eine subkutane Dosis von 0,01 Morphium und wurde am nächsten Morgen im Bett tot vorgefunden. Die Sektion ergab tertiäre Rachenlues mit hochgradiger narbiger Strikturbildung, vernarbte Gummata der Leber und Hypoplasie des Herzens und der Aorta. Arsenvergiftung war nicht nachzuweisen. Zur Technik bemerkt S., dafs er sich nach der von Michaelis angegebenen Methode richtet, dabei aber die ganze Lösung auf nicht mehr als 9—10 ccm für 0,6 Substanz bemifst. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Weitere Mitteilungen über die Wirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols bei Syphilis, von Herxheimer und Schoenefeld. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 36.) Schädigungen wurden nicht beobachtet. Als Kontraindikation gelten Herzfehler, fötide Bronchitis und nicht luetische Optikusstörungen. Ein Luetiker mit Albumen ohne Cylinder verlor am dritten Tage nach der Injektion sein Eiweifs, ein Fall von Neuritis optica specifica und mehrere Patienten mit vorgeschrittener Lungentuberkulose haben das Mittel ohne Schädigung vertragen. Die Dosis betrug 0,2 bis 0,6, bei Säuglingen 0,02 bis 0,05. Die Abheilung der Initialsklerosen dauerte 2 bis 28 Tage. Auffallend ist die Rückbildung von Drüsenpaketen. Die papulösen und besonders die mikropapulösen Exantheme gehen weniger gut zurück. Auf Leukoderma war kein Einflufs zu erkennen. Die eklatantesten Erfolge waren bei Lues maligna und tertiaria sichtbar. Gleich auffallend waren die Erfolge bei der Nerven- und Knochensyphilis.

Die Spirochäten waren in den untersuchten Fällen am ersten oder zweiten Tage nach der Injektion verschwunden oder leblos. *Arthur Schucht-Danzig.*

Behandlung der Malariainfektion mit Enesol „Clin" und Ehrlichs Dioxydiamidoarsenobenzol, von Rudolf Fleckseder-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Eine ungemein interessante Krankengeschichte: Ein Patient mit Lues in der Anamnese, die zehn Jahre zurückliegt, kommt zweimal wegen Malaria in Behandlung und hat dabei positiven Wassermann, der mit der Anwesenheit der Plasmodien (in beiden Fällen verschiedene Plasmodien) parallel geht und zugleich mit den Parasiten verschwindet. Beim ersten Male Heilung der Perniciosa tropica durch 20 Enesolinjektionen. Beim zweiten Male, wo es sich um ein benignes Tertianafieber handelte, wurde 0,3 Ehrlichs 606 gegeben; darauf promptes Sistieren der Anfälle und weitgehende Zerstörung der Plasmodien; immerhin sind noch drei Wochen nach der Injektion ein geschwächter Plasmodienzyklus und eine inkomplette Wassermannsche Reaktion vorhanden. Rezidiv mit neuerlichen Fieberanfällen vom Tertianatypus sechs Wochen nach der Injektion.

Verfasser legt Wert darauf zu betonen, dafs die Wassermannsche Reaktion in Analogie zu ähnlichen Befunden bei Malaria und bei dem vollständigen Parallelgehen mit den Parasitenbefunden bzw. mit dem Verhalten des Fiebers hierbei für Lues nicht verwertbar ist; und fernerhin, dafs der verblüffende Effekt von Ehrlich 606 in diesem Malariafalle keine Dauerheilung bedeutet. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die Wirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols auf Psoriasis und Lichen ruber planus, von K. Schwabe-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Auf der Herxheimerschen Klinik wurden vier Fälle von Psoriasis mit intramuskulären Injektionen in Dosen von 0,4 bis 0,5 behandelt. Eine wesentliche

Schädigung war nicht zu konstatieren, andererseits war die damit erzielte Besserung nur von kurzer Dauer oder blieb gänzlich aus. Desgleichen war bei drei Fällen von Lichen ruber planus der Erfolg negativ. Der eine derselben wurde zwar in der medizinischen Gesellschaft als geheilt vorgestellt, da alle Läsionen vergangen waren; nach zehn Tagen stellte sich aber ein sehr starkes Rezidiv ein, und die beiden anderen Fälle zeigten nach 0,5 keine Beeinflussung. Dagegen zeigte ein Fall von Neurodermitis circumscripta chronica bei einem Spätsyphilitiker nach Injektion von 0,5 Arsenobenzol prompte Besserung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dioxydiamidoarsenobenzol oder „606", Ehrlichs neuestes Mittel für Syphilis, von Samuel J. Meltzer-New York. (*New York med. Journ.* 20. Aug. 1910.) Kurze, übersichtliche Besprechung über die bisher mit dem Mittel erzielten Resultate: selten, wenn überhaupt jemals, waren medizinische Berichte so einmütig, wie in den enthusiastischen Urteilen über die Erfolge des Ehrlich-Hataschen Präparates. Die Spirochäten verschwinden, Primäraffekte verlieren ihre Härte, Geschwüre reinigen sich und heilen sehr rasch ab, Kopfschmerzen, periostale Schmerzen, Lähmungen verschwinden, der Patient fühlt sich wohl und nimmt an Körpergewicht zu — all' das nach einer einzigen Injektion und in relativ kurzer Zeit. M. meint, es gäbe nur noch ein Mittel, mit dessen Wirkung jene von Ehrlichs „606" zu vergleichen wäre, und zwar Chinin; aber die Wirkung des letzteren sei zufällig entdeckt, Ehrlichs Präparat hingegen synthetisch auf Grund wohl überlegter wissenschaftlicher Pläne dargestellt worden. Das Präparat scheint außerdem noch Rückfallfieber in derselben Weise zu befallen wie Syphilis, so daß wir es vielleicht mit einem Spezifikum gegen die Spirillen zu tun haben. Wenn die weiteren Berichte das halten, was sie versprechen, so drückt M. schließlich die Hoffnung, den Traum aus, daß die Syphilis in zwei bis drei Jahrzehnten aus der zivilisierten Menschheit verschwunden sein wird.

Stern-München.

Ehrlichs Präparat Nr. 606. Schicksal des Ehrlich-Hataschen Arsenpräparates im Körper. (*Med. Record.* 20. Aug. 1910.) Redaktionelle Artikel, die die bisherigen in der Literatur niedergelegten Resultate mit etwas Skepsis resümieren. Wenn auch in den ersten paar 1000 Fällen noch keine Schädigungen nachweisbar gewesen sind, so ist das noch nicht dafür beweisend, daß das Präparat als solches gänzlich unschädlich sei; auch beim Atoxyl und früher noch beim Tuberkulin sind die Schädigungen erst spät nachgekommen. Daß solche immerhin in gewissen Grenzen schon zur Beobachtung gelangt sind, zeigen die Mitteilungen von Bohač und Sobotka.

In dem zweiten Artikel wird die Veröffentlichung von Alt in der *Münchener medizinischen Wochenschrift* besprochen und darauf hingewiesen, daß „606" durchaus nicht so prompt wie z. B. Atoxyl ausgeschieden wird, sondern an Ort und Stelle der Injektion in größeren oder kleineren Resten lange unverändert liegen bleiben kann.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Wirkung des neuen Ehrlichschen Präparates Dioxydiamidoarsenobenzol (606) auf Rückfallfieber bei Ratten, von J. Mc Intosch-London. (*Lancet.* 3. Sept. 1910.) Aus diesen Beobachtungen ergibt sich wieder eine ausgesprochene und prompte Wirkung des Mittels auf die Spirochäten des Febris recurrens. Von vier Ratten, welche mit Spirillen infiziert waren, erhielten drei eine Injektion von Arsenobenzol je um einen, zwei resp. drei Tage später; diese blieben dauernd gesund, während das vierte (Kontrolltier) am sechsten Tage nach der Injektion einging. Ferner wurde bei so behandelten Ratten auf das Vorhandensein von Lysinen im Blute untersucht; in der Tat entwickeln sich solche nach der Injektion. Auch konnte, wie einige Experimente erkennen ließen, das Mittel prophylaktisch mit günstigem Erfolge gegeben werden. Als gut ertragene therapeutische Dosis ist eine

Menge von 0,05 Arsenobenzol auf je ein Kilogewicht des Tieres anzusprechen; bei Verabreichung von 0,3 pro Kilo war der Effekt zwar nicht tödlich, aber die Tiere erscheinen dann krank, haben ein rauhes Fell, sind träge und fressen nicht, bis nach einigen Tagen die üble Wirkung verweht. Tötete man die Tiere im Intoxikationsstadium, so fand man die Leber etwas blutleer, mit deutlicherer Zeichnung als normal, und der Urin enthielt etwas Eiweifs. Sonstige Abnormitäten waren nicht nachzuweisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Quecksilberfestigkeit der Syphilisspirochäten nebst Bemerkungen zur Therapie mit „Ehrlich-Hata 606“, von M. Oppenheim-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) O. ist zu der Überzeugung gekommen, dafs es eine gewisse Quecksilberfestigkeit der Spirochäten gibt; durch Versuche, bei denen er u. a. den im Dunkelfeld beobachteten Spirochäten Sublimatlösungen zusetzte, wie auch aus einer gröfseren Reihe Krankenbeobachtungen, glaubt er mit Sicherheit annehmen zu können, dafs es Spirochäten gibt, die sowohl von vornherein von Hg nicht beeinflufst werden, als auch im Laufe einer Hg-Behandlung diese Festigkeit gegen Hg gewinnen können, sowie besonders durch Vorbehandlung mit Chinin u. ä. In Analogie zu dieser Quecksilberfestigkeit möchte er aus einem Falle, bei dem die Anwendung von Ehrlich 606 einen vollständigen Mifserfolg bedeutete, eine Arsenfestigkeit annehmen, vielleicht hervorgerufen durch eine unmittelbar vorhergehende energische Arseniktherapie; dies in einem Falle, in dem die Unwirksamkeit vorhergegangener Hg-Behandlung eine Quecksilberfestigkeit der Pallidae zu bedeuten schien. „Da dies der einzige von uns beobachtete eklatante Mifserfolg der Ehrlichschen Therapie bei frischer Syphilis ist, der weder auf zu geringe Dosis noch auf die Art der Syphilissymptome geschoben werden kann, so müfste man bei weiteren Versagern von „606“ auch an die Möglichkeit arsenfester Spirochätenstämme denken.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der Syphilis mit Ehrlichs Dioxydiamidoarsenobenzol, von Wilhelm Wechselmann - Berlin. (*New York med. Journ.* 3. Sept. 1910.) Unter Anführung einiger besonders eklatanter Fälle bespricht W. seine Erfahrungen, die er an über 600 Syphilisfällen mit dem neuen Mittel gemacht hat. Schankergeschwüre werden nach 12 bis 24 Stunden rein und heilen ab, Roseola verschwindet in wenigen Stunden, ebenso wie maligne, ulceröse Syphilide, Rupia, wässerige Papeln, kleinpapulöse Syphilide, welche sonst so hartnäckig sind, und Gummata. Langsamer verschwinden die grofspapulösen Syphilide, für welche eine zweite Injektion zuweilen notwendig wird. Sehr günstig sind die Erfolge bei Knochensyphilis, speziell die nächtlichen Knochenschmerzen verschwinden wie mit einem Schlag. Nach den Erfahrungen mit anderen Arsenikpräparaten liefs W. jeden Patienten vor der Behandlung augenärztlich untersuchen und bei Veränderungen am Nervus opticus, welche ziemlich häufig vorkommen, oder an der Retina, wurde keine Injektion gegeben, obwohl nach den Erfahrungen Ehrlichs ein schlimmer Einflufs auf die Sphäre des Sehnerven nicht wahrscheinlich ist. Syphilis der inneren Organe, des Hodens und speziell Gehirnlues werden ebenfalls sehr günstig beeinflufst, ebenso syphilitische Kehlkopfaffektionen; in einem solchen Falle war bereits alles zur Tracheotomie vorbereitet, Dyspnoe und Stridor verschwanden rasch nach der ersten Injektion, vier Wochen später wurde eine zweite Injektion gegeben, Larynxödem, das man hierbei befürchtete, stellte sich nicht ein. Sogar bei nicht zu weit vorgeschrittener Tabes erlebte W. auffallende Besserung der Symptome. W. zieht die subcutane Injektion des Mittels der intravenösen vor und gibt zur Herstellung der Lösung folgende Ratschläge: Dioxydiamidoarsenobenzol wird durch Titrierung mit Sodalösung und tropfenweisen Zusatz von Essigsäure als feine gelbe Paste präzipitiert, das Präzipitat sterilisiert und in destilliertem Wasser (1—2 ccm)

aufgelöst und durch Zusatz von 0,1 Normal-Sodalösung oder 1%iger Essigsäure neutralisiert — die Genauigkeit der Neutralisation verbürgt die Schmerzlosigkeit der Injektionen. Der Niederschlag wird zentrifugiert und die Paste, welche sich am Boden des Glases abgesetzt hat, mit physiologischer Kochsalzlösung aufgeschüttelt. Mischung wird nun langsam subcutan unterhalb des Schulterblattes an einer aseptisch gemachten und mit Jodtinktur behandelten Stelle injiziert. Die Injektion selbst ruft kein Schmerzgefühl hervor, aber nach einigen Stunden können Nervenschmerzen von wechselnder, nicht sehr hochgradiger Intensität, am vierten oder fünften Tage eine reaktive Schwellung verschiedenen Grades, zuweilen mit Rötung verbunden, sich einstellen; Eiterbildung erlebte W. niemals. Temperaturerhöhung kommt überhaupt nicht oder nur in ganz geringem Grade vor. *Stern-München.*

Bericht über 20 mit dem Ehrlichschen Syphilispräparat behandelte Fälle von Lues, von J. E. R. Mc Donath-London. (*Lancet.* 3. Sept. 1910.) Auch in diesem Bericht lauten die Erfahrungen mit „606“ günstig. Behandelt wurden sowohl Fälle von kongenitaler als auch von frischer und alter akquirierter Syphilis. Den Schmerz der Injektionen kann man wesentlich mindern durch Neutralisieren der Lösung mit Normalessigsäure und Austitrieren mit Phenolphthalein (drei Tropfen einer 5%igen alkoholischen Lösung) bis zum Verschwinden der Rotfärbung, worauf man durch Zusatz von einigen Tropfen Normalnatronlauge eine blafsrosa Färbung wieder herstellt. Verfasser hat bisher keine üblen Wirkungen erlebt. In alten Fällen kommt man mit kleineren Dosen (0,3) aus als bei den frischen; bei letzteren gab er 0,45 bis 0,6. Eine Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion konnte in einigen Fällen festgestellt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Versuche über Resorption und Elimination des Jothions und seine Wirksamkeit in der Behandlung der Syphilis, von Piero Piericcuoli. (*Rivista Medica Pugliese.* 1909. Nr. 12.) Um unzweideutige Resultate zu erhalten, hat Verfasser in der Universitäts-Hautklinik in Siena persönlich Jothioninunktionen vorgenommen und die Jodreaktion im Harn angestellt. Je 3 g 30%iger Salbe bzw. Öles wurden wie üblich 10 Minuten lang verrieben. 20 Minuten danach war schon die erste Jodreaktion im Harn und Speichel und in letzterem 48, in ersterem 70 Stunden nachher noch nachweisbar. Blutuntersuchungen bei gesunden Individuen ergaben eine langsame Erhöhung des Hämoglobingehaltes und öfters eine geringe Abnahme der weifsen Blutkörperchen. Bei Syphilitikern zeigte sich ein progressives Wachsen des Hämoglobinwertes sowie eine Vermehrung der Erythrocyten. Ernste lokale Reizerscheinungen oder Unverträglichkeit wurden nie beobachtet; am Anfang der Kur manchmal eine leichte vorübergehende Rötung der Haut und schwaches Brennen. Das Jodithion sei das einzige Jodpräparat, durch welches man epidermatisch dem Körper wirksame Jodmengen zuführen kann, so dafs es die interne Jodtherapie ersetzen kann und auch mufs, wenn Idiosynkrasie gegen diese vorliegt.

d. *Malleus.*

Chronischer Rotz beim Menschen, namentlich in bezug auf ungewöhnliche Läsionen in den oberen Luftwegen, von O. L. Addison und G. S. Hett-London. (*Lancet.* 23. Okt. 1909.) Verfasser berichten über zwei Fälle dieser Art, welche beide längere Zeit für syphilitisch gegolten hatten und demgemäfs behandelt worden waren. Die Diagnose erfordert eine besondere Genauigkeit der bakteriologischen Untersuchung, wie hier unter Anführung der Einzelheiten dargelegt wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. No. 10. 15. November 1910.

Über den heutigen Stand der Syphilisbehandlung mit EHRLICHs „606“ nebst Resultaten eigener Versuche.

Von

Dr. FELIX MALINOWSKI,
Arzt am St. Lazarus-Krankenhause zu Warschau.

Zu den zwei grofsen Entdeckungen der letzten fünf Jahre auf dem Gebiete der Syphilisforschung — des SCHAUDINNschen Bacillus und der der WASSERMANNschen Reaktion — kommt jetzt die vielleicht noch wichtigere Entdeckung des EHRLICHschen Mittels „606“.

Das Präparat „606“ verdankt seine Entdeckung nicht dem Zufalle, sondern der planvollen 25jährigen Arbeit EHRLICHS und seiner Assistenten. Sein Bestreben war, ein Mittel zu finden, welches nach einmaliger Einverleibung die im Organismus schmarotzenden Mikroorganismen vernichten könnte (Therapia sterilisans magna). Ein solches Präparat mufs den Mikroben gegenüber sich äufserst „gefräfsig“, den Gaweben gegenüber möglichst neutral erweisen. Vor einigen Jahren wendete EHRLICH seine Aufmerksamkeit dem von BECHAMP entdeckten, für Arsen-Anilidsäure gehaltenen Atoxyl zu. EHRLICH stellte fest, dafs es eine Paramido-Benzolsulfosäure ist, und nannte das Mittel Arseneilsäure. Da das Atoxyl eine geringe Wirkung entfaltete und überdies zuweilen, allerdings bei längerer Behandlungsdauer, zu Nebenerscheinungen, wie Sehnervenatrophie, führte, wendete sich EHRLICH den Atoxylderivaten und den den letzteren chemisch verwandten Präparaten zu.

Solcher Präparate versuchte EHRLICH Hunderte an mit Trypanosomen und Spirillen infizierten Tieren. Erwähnenswert sind unter ihnen das Arsazetin, welches von einer Wirkung auf den Nervus opticus frei war, vor allem aber das Arsenophenyloglyzin. Am wirksamsten zeigte sich das zusammen mit BERTHEIM erfundene Dioxydiamidoarsenobenzol. Dieses, der Kürze wegen „606“ genannte Präparat, besitzt die Formel $C_{12}H_{12}O_2N_2As_2$, saure Reaktion und ist im November 1909 von einem Mitarbeiter EHRLICHS, dem Japaner HATA, an einem Meerschweinchen versucht worden. Er injizierte das Mittel in eine luetische, von Spirochäten wimmelnde Initial-

sklerose; nach 24 Stunden verschwanden die Spirochäten vollständig. In der richtigen Voraussetzung, den wirklich wissenschaftlichen Weg der Syphilistherapie betreten zu haben, übergab EHRLICH mit grofser Vorsicht das Mittel den Klinikern — und brachte zugleich Verbesserungen desselben, welche die schädlichen Nebenwirkungen beseitigen sollten. Als bestes stellte sich das Präparat Hg und vor allem das mir vor einigen Wochen zur Verfügung gestellte Hata-Jd heraus.

Die erste Publikation über die Wirkung von „606" veröffentlichte im März d. J. ALT, dann IVERSEN, SCHREIBER und HOPPE, TREUPEL, WECHSELMANN, NEISSER u. a.

Das Dioxydiamidoarsenobenzol ist ein unbeständiges Präparat. Beständiger ist seine Chlor- bzw. Bichlorverbindung. Diese Verbindung kann jedoch als solche in den Organismus nicht eingeführt werden; daher mufs das „606" durch Zusatz von Natronlauge in ein Natronsalz übergeführt und gelöst werden; die Lösung mufs, um eine Zersetzung zu vermeiden, sofort verwendet werden.

Die Zubereitungstechnik ist noch nicht festgestellt. ALT bereitete das Mittel für intramuskuläre Injektionen folgendermafsen: 0,3 davon wurden mit 10 ccm destilliertes Wasser gemischt und dann dazu sterile Normalnatronlauge bis zur fast vollständigen Lösung des Pulvers zugegeben. Zu diesem Zwecke wurden 2—2,3 ccm Normalnatronlauge verwendet, dann destilliertes, steriles Wasser bis zu 20 ccm zugegeben und davon in jede Hinterbacke 10 ccm injiziert; als Anästhetikum wurde Eusemin zugesetzt. Später erfuhr die Technik, laut EHRLICHS Vorschrift, eine bedeutende Verbesserung; 0,4—0,5 g des Präparates werden mit $^1/_2$—1 ccm Methylalkohol gemischt, 10 ccm steriles, destilliertes Wasser und bis zur Sättigung etwa $^1/_{10}$ NNaOH zugesetzt, das Ganze gemischt und 20—30 ccm steriles, destilliertes Wasser zugegeben. Auf diese Weise erhält man eine durchsichtige, hellgelbe Lösung, welche man ohne weiteres intramuskulär injizieren kann.

WECHSELMANN verwendete anfänglich „606" mit Methylakohol oder Glykol, setzte 10 ccm destilliertes Wasser zu und erhielt eine helle, stark saure Lösung, welcher 2—3 ccm $^1/_{10}$ NNaOH zugesetzt wurden. Zur Linderung der Schmerzen wurden einige Minuten vor der Injektion 2 ccm 1%ige Novocainlösung eingespritzt. Später versuchte WECHSELMANN die nach Injektion alkalischer Lösung auftretenden Schmerzen durch Anwendung neutraler Lösungen zu lindern; er löste, wie früher das „606", setzte einen Tropfen Phenolphtaleinlösung als Indikator zu, ferner vorsichtig, tropfenweise, $^1/_{10}$ NNaOH bis zum Fällen eines feinen, gelben Pulvers, und injizierte 25—35 ccm dieser schwach sauren oder neutralen Emulsion intramuskulär oder subcutan. In letzter Zeit änderte WECHSELMANN die Art der Zubereitung. Von der Beobachtung LANGES ausgehend,

dafs „606“ in käuflicher Natronlauge löslich ist und dafs der Methylalkohol, nach GUTH, Blindheit hervorrufen kann, entfernte er aus der Lösung den Methylalkohol und das für den Organismus nicht ganz indifferente Phenolphtalein und ging zu folgender Zubereitung des Präparates über: Im Mörser wird „606“ mit 1—2 ccm käuflicher Natronlauge gemischt; nach tropfenweisem Zusatz von Eisessig fällt ein feines, gelb liches Sediment nieder; dann werden 1—2 ccm destilliertes, steriles Wasser und, je nach der Reaktion der Lösung, $^{1}/_{10}$ NNaOH oder 1%ige Essigsäure zugesetzt und mit Lakmuspapier genau die Neutralisierung kontrolliert, von welcher die Schmerzlosigkeit abhängt. Das so erhaltene Präparat wird langsam unter die mit Jodtinktur desinfizierte Haut in der Skapulargegend injiziert. MICHAELIS bereitet die Lösung ähnlich wie WECHSELMANN; das Präparat wird in 16 ccm sehr heifses destilliertes Wasser geworfen und mit einem dicken Glasstabe zerrieben. Dann werden 3—5 ccm NNaOH zugesetzt, gerührt, drei Tropfen $^{1}/_{2}$%ige alkoholische Phenolphtaleinlösung und tropfenweise Tafelessig zugesetzt, bis zur Entfärbung des Phenolphtaleins; es entsteht eine feine, gelbe Emulsion. Nun werden einige Tropfen NaOH bis zur Rosafärbung mit Phenolphtalein zugesetzt. Diese Emulsion wird intramuskulär in beide Hinterbacken injiziert.

Intravenös begann man „606“ zur Vermeidung der Injektionsschmerzen einzuspritzen. Im April gab IVERSEN folgende Vorschrift an: Das Pulver ist, wie für intramuskuläre Injektionen, in 15 ccm destilliertes Wasser zu lösen, dann wird tropfenweise NNaOH bis zur Lösung des Niederschlages zugesetzt, der Überschufs von NaOH mit 1%iger Essigsäure neutralisiert (etwa 2 ccm der 1%igen Lösung auf 0,3 des Präparates) und die Lösung in $^{1}/_{2}$ Liter steriler physiologischer Kochsalzlösung von 40° geschüttet; das Ganze wird stark geschüttelt und in die Cubitalvene injiziert.

SCHREIBERS und HOPPES Vorschrift lautet folgendermafsen: In einen Mefscylinder von 200 ccm mit gut passendem Glasstöpsel und dünnem Halse werden 10—20 ccm steriles, destilliertes Wasser gegossen, dann das Pulver in etwa 0,8 ccm Methylalkohol getan und das Ganze bis zu einer durchsichtigen Lösung gemischt. Dann werden je 1 ccm NNaOH auf je 0,1 des Pulvers, ferner 0,8%iges NaCl bis zu 180 ccm gebracht und die Cylinder geschüttelt. Wenn die Lösung trübe bleibt, kann man vorsichtig einige Tropfen NaOH und dann destilliertes Wasser, bis 200 ccm, zugeben. Die Injektionsspritze besitzt eine automatisch verschliefsbare, aber mit Doppelventil versehene seitliche Zuflufsröhre.

Die Dosen des „606“ werden stets höher. ALT verwendete 0,3, NEISSER 0,4, GLÜCK 0,3—0,5, IVERSEN 0,25—0,4, in der letzten Zeit 0,7—0,8, teils intramuskulär, teils intravenös, SCHREIBER und HOPPE, 0,6—0,7 intramuskulär, d. h. etwa 0,0096 auf 1 kg Menschengewicht

während Tierversuche ergeben, daſs die giftige Dosis 0,15 auf 1 kg beträgt. Treupel empfiehlt für hartnäckige Fälle 0,9, Fraenkel 1,0.

Die allgemeinen und lokalen Nebenwirkungen sind mäſsig. Bei intravenöser Einverleibung fehlen lokale Symptome, bei intramuskulärer tritt in den Vordergrund ein mehr oder weniger intensiver Schmerz, je nach Zubereitung, Injektionsmethode und -stelle. Nach Anwendung saurer und alkalischer Lösungen ist der Schmerz viel stärker als nach neutralen. Auch die nähere Umgebung des Hüftnerven ist empfindlicher als die Stellen nach auſsen. Alt berichtet, daſs die lokalen Schmerzen, zumal bei empfindlichen Personen, sehr heftig sind, zumeist aber nach 12 bis 24 Stunden aufhören. Schreiber und Hoppe erhielten meist stundenlange Schmerzen, welche ein tagelanges dumpfes Gefühl in den Muskeln zurücklieſsen. Beim Gehen, oft nach drei bis vier Tagen, kehrten die Schmerzen zurück, doch waren sie schwächer. Abscesse wurden nicht beobachtet, zuweilen nur eine stärkere Infiltration in den Muskeln; subcutane Injektionen haben diese Autoren wegen stärkerer Infiltrate aufgegeben.

Die Kranken Wechselmanns (505 Fälle) litten meist nur in mäſsigem Grade und dabei kurze Zeit, denn er ging zu neutralen Lösungen über. Bei einigen Patienten traten meist am Anfange der Behandlung mehr oder minder heftige, ein bis sechs Tage dauernde Schmerzen auf, welche zur Anwendung von Sedativis führten. Zuweilen bildete sich an der Injektionsstelle eine gespannte Schwellung; einmal, 14 Tage nach der Injektion, zerteilte sich das Infiltrat ohne Schmerzen und Temperaturerhöhung und wurde mittels Punktion beseitigt. Das Gehen war etwa acht Tage lang erschwert. In den Anfangsversuchen traten zweimal mäſsige, vorübergehende Paresen der Musc. peronaei ein. Auch Loeb beobachtete anfangs sehr heftige Schmerzen nach der Injektion; dieselben lieſsen jedoch bei Verwendung neutraler Lösungen nach. Niemals kam es zu Abscedierung, nur einmal trat ein stärkeres diffuses Infiltrat mit Rötung auf. Glück erhielt bei Verwendung fast nur neutraler Lösung meist mäſsige Schmerzen, welche gewöhnlich sofort nach der Injektion verschwanden, um in einigen Fällen, zumal bei Infiltratbildung, nach zwei bis drei Tagen für drei bis vier Tage zurückzukehren. Unter 107 Fällen kam es siebenmal zur Infiltratbildung, welche nach ein bis zwei Wochen verschwand. Bei subcutaner Injektion waren die Schmerzen nicht geringer, aber stets traten sehr schmerzhafte, umfangreiche, doch nicht abscedierende Infiltrate auf. Neisser beobachtete anfangs heftige lokale Schmerzen nach der Injektion; bei Verwendung neutraler Lösungen fehlte diese Nebenerscheinung.

In der Regel treten nach der Injektion mäſsige Schmerzen auf, dann später am dritten bis vierten Tage, sofern es zur Infiltratbildung kam. Nach warmen Bädern, leichter Massage, warmen Umschlägen, ausnahmsweise nach Pyramidon und Morphin vergingen die Schmerzen innerhalb weniger Tage.

Die allgemeinen Nebenwirkungen sind zwar verschiedenartiger, doch nicht intensiv und gesundheitsschädlich. Nur in einem der über 5000 Fälle erfolgte der Tod, und zwar eher durch das Verschulden des Arztes als des Mittels.

Vor allem wird auf die Temperatursteigerung aufmerksam gemacht, was in hohem Grade auf die Wirkung der in den Kreislauf nach massenhafter Vernichtung von blassen Spirochäten eintretenden Endotoxinen zurückgeführt wird; bei Anwendung des „606" in nichtinfektiösen Krank heiten fehlte die Temperatursteigerung oder war unbedeutend. ALT beobachtete nach intramuskulären Injektionen eine nur vorübergehende Temperatursteigerung bis zu 38,8°; unregelmäſsige Herztätigkeit wurde nur bei einem Kranken festgegestellt. Hier und da traten Kopfschmerzen und Erbrechen auf; der Harn enthielt niemals Eiweiſs und Zucker, der Appetit und die Ernährung waren gut, die Patienten nahmen meist an Gewicht zu.

IVERSEN bemerkte bei Rekurrenskranken — drei bis vier Stunden nach intravenösen Injektionen — Schüttelfrost und mäſsige Temperatursteigerung, nach 1/4 bis 1/2 Stunde fiel die Temperatur unter die Norm bei gleichzeitigem reichlichen Schweiſsausbruch. Nach zwei bis drei Tagen schwankte noch die Temperatur zwischen 37,5° bis 38°. Nach intramuskulären Injektionen traten der Schüttelfrost und die übrigen Symptome um drei bis vier Stunden später auf; Zucker und Eiweiſs fehlten im Urin.

SCHREIBER und HOPPE beobachteten nach intramuskulären Injektionen eine Temperatursteigerung bis zu 38°, nur in einem Falle, unter ungewöhnlichen Umständen, bis 40,1°; nach intravenösen Injektionen war die Steigerung niemals so hoch. Eine schädliche Einwirkung des „606" auf die Nieren wurde niemals bemerkt, ja eine hämorrhagische Nephritis heilte unter dieser Behandlung; auch die Verdauungsorgane hatten nicht zu leiden. In zwei Fällen trat nach „606" ein scharlachähnliches Arsenexanthem auf, welches nach drei Tagen abblaſste. In den Fällen von GLÜCK stieg die Temperatur nach 6 bis 24 Stunden nach der Injektion höchstens bis 38°, nur bei einem Kranken erreichte sie 40°; für gewöhnlich wurde nach zwei bis drei Stunden ein Abfall beobachtet. Zuweilen kehrte die Steigerung zugleich mit den Schmerzen am zweiten oder dritten Tage zurück. In drei Fällen trat heftiger Schüttelfrost, in einem profuser Schweiſs und Somnolenz auf. Infolge der Injektionen trat fünfmal ein Nesselausschlag, zweimal ein scharlachähnliches Exanthem auf. Niemals wurden Symptome von seiten des Auges, des Herzens, der Nieren, des Verdauungskanals, niemals eine Verschlimmerung der konkomitierenden Tuberkulose beobachtet.

Den obigen analog sind die Beobachtungen von LOEB. Die Temperatur erreichte 37,4° bis 38,5°, einmal 39,0°; die erste kürzere Temperatursteigerung trat gewöhnlich am Tage der Infektion ein, am zweiten bis

dritten Tage eine neue höhere und länger dauernde. Die erste wird von Loeb mit der Resorption des Mittels, die zweite mit der Bildung des Infiltrates in Zusammenhang gebracht. Niemals traten Vergiftungssymptome auf.

Wechselmann beobachtete bei meist gutem Allgemeinzustande eine Temperatursteigerung meist bis 38—39°. Viele Kranke litten in den ersten Tagen an Verstopfung, welche in einem Falle drei Tage dauerte. Wechselmann führt dieses Symptom auf Darmatonie zurück. Mehrere Kranke litten an Übelkeiten, welche sich in einem Falle zu kurzdauerndem Erbrechen steigerten; im Erbrochenen wurden Spuren von Arsen nachgewiesen. Niemals wurden Störungen von seiten des Harnapparates und Steigerung der Kniereflexe beobachtet. Auch Wechselmann beobachtete keinen schädlichen Einfluſs von „606“ auf den Sehnerven und behauptet mit Ehrlich, daſs, wie Versuche an gewissen Mäusearten und zufällig auch am Menschen nachgewiesen haben, die diesbezüglichen Befürchtungen unbegründet sind.

Neisser bekam in der Mehrzahl der Fälle nach intravenösen Injektionen im Laufe einiger Stunden eine Temperatursteigerung bis 39,5—40,0°; des öfteren gesellten sich dazu Erbrechen, doch lieſs alles nach einigen Stunden nach und die Patienten fühlten sich ganz wohl. Im Erbrochenen wurde niemals Arsen nachgewiesen. Einmal trat nach 24 Stunden reichlicher Herpes labialis auf. Auch nach intramuskulären Injektionen trat zuweilen Erbrechen und Temperatursteigerung auf. Letztere trat so rasch auf, daſs sie kaum als Lokalreaktion aufzufassen war. Neisser ist der Meinung, daſs die Temperatursteigerung Folge der unmittelbaren Wirkung des Präparates auf die Spirochäten ist, welche nach Vernichtung ihrer Endotoxine frei werden, denn dieses Symptom trat hier bei frisch infizierten Luetikern auf.

Bohac und Sobotka beobachteten unter drei unter ihren 14 Fällen im Laufe von ein bis zehn Tagen nach der Injektion eine Harnverhaltung und leichte Nierenreizung (zwei Fälle), eine Aufhebung des Knie- und der anderen Reflexe, Stuhldrang (zwei Fälle) und Obstipation (drei Fälle).

Es stellte sich jedoch heraus, daſs diese Symptome rasch nachlieſsen und wahrscheinlich von fehlerhafter Technik abhängig waren, so daſs später die Autoren selbst ihre Beschuldigungen gegen das Präparat abzuschwächen versuchten.

Von einigen Autoren, wie Schreiber und Hoppe, wird auf eine nicht unbeträchtliche Leukocytose nach den Injektionen von „606“ aufmerksam gemacht.

Hoppe und Fischer bemerkten, daſs in frischen Syphilisfällen die Arsenausscheidung im Urin nach intramuskulären Injektionen meist am fünften Tage, bei Paralytikern am zehnten, aufhört. Nach intravenösen Injektionen wurde Arsen mit dem Urin nur vier Tage lang ausgeschieden.

Von Lewi wurde es noch am 12. bis 13. Tage gefunden. Ein Teil des Arsens wird mit dem Kot ausgeschieden, in welchem es noch am fünften bis sechsten Tage p. i. gefunden wurde. Bei der Sektion von zwei aus anderweitigen Ursachen verstorbenen Kranken fand man noch Arsen nach 14 bis 36 Tagen.

Die Wirksamkeit des Mittels wird in zwei Richtungen betrachtet: 1. was die Symptome der Lues, 2. was das Wesen des Leidens, nämlich den Einfluſs auf die Vernichtung der Spirochäten, betrifft.

Bezüglich des ersten Punktes geben alle Autoren ohne Ausnahme zu, daſs alle Lueserscheinungen unter dem Einfluſs von „606“ rasch verschwinden.

Alt teilt mit, daſs Initialsklerosen bereits nach einigen Tagen zu heilen anfangen, Fleck- und papulöse sowie ulceröse Exantheme rasch verschwinden unter Zurücklassen einer Pigmentierung. Auch flache Papeln verschwanden rasch, in besonders hartnäckigen Fällen dauerten sie fast vier Wochen; eine bösartige tertiäre Ulceration heilte in fast drei Wochen. Am raschesten, innerhalb weniger Tage, verschwanden spezifische Anginen mit Ulcerationen und Belägen.

Ich will zugleich bemerken, daſs Iversen bei Typhus recurrens nach einer Injektion auf 52 Fälle in 48 Heilung erlangte: die Spirochäten verschwanden aus dem Blute gänzlich nach vier bis zehn Stunden.

Neisser definiert die Wirkung von „606“ folgendermaſsen: In allen Fällen mit sichtbaren Symptomen verschwanden dieselben verblüffend schnell; die Initialsklerose verlor ihre ursprüngliche Härte; bereits nach 24 Stunden verschwanden häufig in den Initialsklerosen und flachen Kondylomen die Spirochäten; die fleckigen papulösen und so hartnäckigen kleinpapulösen Syphilide wurden blasser und resorbiert, die Plaques verschwanden, die groſsen, harten Drüsen erweichten und verkleinerten sich, die Gummen wurden resorbiert, die malignen und tertiären luetischen Geschwüre reinigten sich innerhalb weniger Tage und überzogen sich sehr rasch mit Epidermis; in derselben raschen Weise lieſsen die paralytischen Erscheinungen und Kopfschmerzen bei Hirnsyphilis nach. Überhaupt übertrifft die Wirkung des „606“ die besten Erfolge des Hg und KJ. Auch Neisser hielt aus theoretischen Gründen eine so rasche Resorption entzündlicher Infiltrate für unmöglich. Doch sah auch er Ausnahmen von dieser allgemeinen Regel, und zwar in Fällen, wo die Erfolge sehr gering oder negativ waren. Zuweilen sah man noch am neunten bis zehnten Tage Spirochäten, die tertiären Geschwüre heilten langsam, besonders war die Besserung bei Keratitis parenchymatosa verzögert. Neisser vermutet, daſs in diesen Fällen entweder die Dosis des Mittels zu klein oder das letztere infolge lokaler Kreislaufverhältnisse wirkungslos war. Bei parasyphilitischen Erkrankungen war die Besserung eine relative; so z. B. verschwand bei Tabes die Harninkontinenz.

Auch WECHSELMANN gibt zu, dafs die Heilwirkung des „606“ auf die syphilitischen Erscheinungen eine so rasche ist, dafs einige Kranke nicht demonstriert werden können, weil sie binnen wenigen Tagen das Spital ohne Symptome verlassen. Besonders rasch verschwinden die Plaques in der Mundhöhle, ebenso rasch in 8 bis 14 Tagen die Schleimhautpapeln und papulösen Hautausschläge. Besonders gut waren W.s Resultate bei Lues tertiaria und maligna visceralis, z. B. Lues ulcerosa recti; in einem Falle von Erkrankung der Hoden und des Gehirns, erfolgte die Heilung im Laufe von 15 Tagen. In einem Falle von Tabes dorsalis bemerkte W., dafs die Papillen beweglicher wurden; ferner machte er, mit ALT, die Wahrnehmung, dafs in gewissen Fällen die subjektiven Symptome, wie das Gürtelgefühl, stumpfe, jahrelange Kopfschmerzen, Interkostalschmerzen, Schwäche der Schlingmuskeln, Impotenz, Schwäche des Blasenschliefsers abnahmen. Auch in den Anfangsstadien der progressiven Paralyse war eine gewisse Besserung zu bemerken; von sicherem Tode wurden drei Fälle von Pemphigus syphiliticus bei Lues congenita gerettet. Selten trotzte die Krankheit der Wirkung des „606“, doch ist hier eher zu kleine Dosis oder eine gesteigerte Widerstandsfähigkeit gewisser Spirochätenarten dem „606“ gegenüber an dem Mifserfolge schuld.

SCHREIBER, HOPPE und andere Autoren beobachteten häufig nach der Injektion eine zum ersten Male von LUKASIEWICZ bei der Hg-Behandlung beobachtete Erscheinung; am zweiten Tage nach der Injektion wird das Fleckexanthem reichlicher, röter, tritt als Nesselausschlag auf, auch die Papeln werden deutlicher röter. Am nächsten Tage blafst alles ab. Diese Erscheinung wird durch die lokale Wirkung von aus den Spirochäten frei werdenden Endotoxinen erklärt. Alle Effloreszenzen verschwanden rasch in den Fällen von SCH. und H.; selbstverständlich erforderten die zusammenfliefsenden papulösen Effloreszenzen bis zu vier Wochen zur Resorption.

Auch TREUPPELS Erfolge sind glänzend; Exantheme, Plaques und kleinere Papeln verschwanden nach wenigen Tagen, Ulcerationen reinigten sich und heilten.

GLÜCK sah bei Initialsklerosen bereits nach 24 Stunden Erweichung und Reinigung des Geschwürsgrundes. Die Schwellung der Leistendrüsen ging etwas langsamer zurück, aber verschwand nach acht bis zehn Tagen. In zahlreichen Fällen dauerte sie bedeutend länger. Das Fleckexanthem verschwand meist am dritten, in einem Falle am fünften oder am achten Tage, die fleckig-papulösen Exantheme nach drei bis fünf Tagen, die papulös-pustulösen und rein pustulösen nach fünf bis acht Tagen; Lichen syphiliticus aggregatus mit flachen Kondylomen am siebenten Tage, Ulcerationen und Papeln im Rachen am fünften bis neunten Tage, flache Hodensackkondylome und Kondylome der grofsen Lippen am fünften Tage,

hyperplastische Analpapeln am 7. bis 17. Tage. Haut- und Gaumengummata verschwanden nach 6 bis 21 Tagen. In drei Luesfällen, welche mit Psoriasis kompliziert waren, wurden deren Symptome im Laufe von 15 bis 21 Tagen beseitigt.

Auch LOEB hat, im Vergleiche zu der Hg-Wirkung, rasche Erfolge des „606". KORCZYNSKI beobachtete in drei Fällen von Hirn- und Rückenmarklues eine bedeutende Besserung, WICHERKIEWICZ konstatierte dieselbe in drei Fällen von Augenerkrankungen, und zwar 1. Sehnervenatrophie bei Tabes dorsalis, 2. entzündliche, syphilitische Sehnervenschwellung, 3. Xerosis parench. conj. et corneae, entropium et trichiasis sec. oc. utr.; daraus ergibt sich, daſs „606" dem Auge nicht schädlich, sondern dem Krankheitsverlaufe günstig war.

Endlich berichtet TAEGE über Heilung eines Säuglings, dessen Mutter mit „606" behandelt wurde.

Was die radikale Vernichtung der Spirochäten betrifft, so ist die Zeit der Versuche noch zu kurz, um definitive Schlüsse ziehen zu können.

Von den 27 Fällen ALTs wurde nur bei zwei Kranken die WASSERMANNsche Reaktion eine negative, doch war die Beobachtungsfrist eine sehr kurze.

NEISSER fand unter 126 Fällen fünf Rezidive, doch war hier die Dosis sehr klein. Die WASSERMANNsche Reaktion wurde nur in 44%, bei der STERNschen Modifikation nur in 19,2% negativ. Am frühesten beobachtete man die Änderung der Reaktion 13 Tage nach der Einspritzung, sonst etwa 20 bis 30 Tage. Nach NEISSER besitzt ein einmaliges Auftreten der negativen Reaktion nur eine scheinbare Bedeutung. Solcher Fälle besitzt N. in seiner Statistik drei. Auf Grund von Versuchen behauptet er, daſs die Chancen auf rasche und sichere Heilung um so gröſser sind, je früher die Behandlung in Angriff genommen wurde.

SCHREIBER und HOPPE konstatierten unter 52 Fällen den Übergang der WASSERMANNschen Reaktion in negative — nach 50 Tagen in 92,3%. Die STERNsche Modifikation ergab weniger positive Resultate —, nur 35 unter 52. Die Änderung der Reaktion erfolgte langsam; in der Regel erst nach zwei bis drei Wochen. Als zu gröſseren Dosen übergegangen wurde, erfolgte die Änderung nach 4 bis 14 Tagen, höchstens nach zehn Tagen. Über Rezidive wird nicht berichtet.

GLÜCK konstatierte unter 20 Fällen den Übergang in negative Reaktion nur bei fünf Kranken. Bei den übrigen blieb die Reaktion nach 8 bis 21 Tagen noch positiv. Nur in einem Falle erfolgte nach der ersten Injektion ein Rezidiv, was zur Wiederholung derselben nötigte.

LOEB beobachtete nur einmal ein Rezidiv bei einem Patienten, welchem intravenös eine sehr kleine Dosis injiziert wurde. Er behauptet, daſs wir, auf Grund der bisherigen Erfahrungen im „606" ein alle anderen über-

ragendes, spezifisches Mittel besitzen. Derselbe Autor beobachtete auch eine günstige Wirkung von „606“ auf Verrucae planae juveniles, Lichen simplex VIDALS; auch ist eine gleichzeitige Verwendung von K J und Hg nicht kontraindiziert.

WECHSELMANN beobachtete nur in einigen Fällen vorübergehende Rezidive. Beinahe in allen Fällen ging die WASSERMANNsche Reaktion in negative über. Doch bemerkte er nach einiger Zeit eine Rückkehr zu positiver Reaktion; die Ursache davon mufs im Zurückbleiben irgendeines Herdes von Spirochäten gesteckt haben.

LANGE bekam eine positive Reaktion in fünf Fällen einige Tage nach Injektion von „606“, wo deutliche klinische Syphilissymptome und negative WASSERMANN-Reaktion vorhanden waren; doch verschwand später die positive Reaktion.

HERXHEIMER beobachtete keine Rezidive nach „606“, nur einen hartnäckigen Fall. In geringer Anzahl der Fälle ging die WASSERMANN-Reaktion in negative über; doch wird auch eine umgekehrte Erscheinung notiert.

IVERSEN aspirierte mittels Spritze in zehn Fällen drei bis vier Tage nach der Injektion den Inhalt von Leistendrüsen und vermifste dort Spirochäten.

Gegenindikationen für „606“ werden jetzt kaum aufgestellt.

Die gröfsten Beschränkungen wurden anfangs von EHRLICH gemacht. In einem am 22. Januar d. J. an mich gerichteten Briefe erteilt er den Rat, mit „606“ nur kräftige Syphilitiker ohne Veränderungen innerer Organe zu behandeln, und bittet, das Mittel bei erregbaren Nerven und Herzfehlern nicht anzuwenden; desgleichen keine ambulatorische Behandlung durchzuführen.

SCHREIBER und HOPPE widerraten das „606“ bei tieferen Erkrankungen des Kreislaufssystems, der Nieren, des Auges sowie bei Allgemeinerkrankungen und Kachexie.

Bis jetzt habe ich persönlich mit dem EHRLICHschen Präparate 82 Kranke behandelt, bei welchen ich 84 Injektionen machte, d. h. nur bei zwei Patienten wurde zweimal injiziert. Die erste Injektion wurde am 24. Juli ausgeführt. Das Präparat wurde mir von EHRLICH in vier Sendungen geliefert. Es ist dies ein feines, gelbliches, in gläsernen Ampullen à 0,3—0,6, luftleer und luftdicht verpacktes Pulver. Für Weiber verwendete ich 0,4—0,5 des Mittels, einmal nur ausnahmsweise 0,35; für Männer, je nach Körperbau 0,4—0,6, Kinder im Alter von 1 bis 4 bis 5 Jahren erhielten davon 0,06—0,15. Anfangs wurde von mir das Präparat nach der ursprünglichen Vorschrift EHRLICHS mit 0,5 Methylalkohol und 3,0—4,0 Normalnatronlauge zubereitet. Von der absolut sterilen Lösung wurden 20 ccm in zwei Portionen von je 10 ccm

in jede Hinterbacke injiziert. Später habe ich zur Vermeidung der schädlichen Methylalkoholwirkung seine Menge bis auf einen Tropfen reduziert und ihn schliefslich ganz fortgelassen. Auch an Stelle der sehr reizenden stark alkalischen Lösung bin ich zur neutralen übergegangen, indem ich die Menge der Normalnatronlauge auf 0,5—0,4 herabsetzte, die Gesamtmenge der Lösung auf 10—6 ccm; die ex tempore zubereitete Lösung wurde sofort in eine Hinterbacke injiziert. Zur Injektion bemühte ich mich mit der Zeit eine Stelle zu wählen, welche am weitesten nach aufsen und oben vom Nervus ischiadicus gelegen war. Die Spritze, Nadel und die Injektionsstelle waren stets sorgfältig sterilisiert und desinfiziert, letztere nach der Injektion mit Gaze und Heftpflaster geschützt. Nach der Injektion führte Patient während einiger Minuten Beugebewegungen der entsprechenden unteren Extremität aus. Unter die Schulterblatt- und Bauchhaut wurde nur einige Male, in eine Vene bis jetzt kein einziges Mal injiziert. Dabei befolgte ich die Weisungen Ehrlichs selbst, ferner, weil ich aus der Literatur den Eindruck bekam, dafs zwar die intravenösen Injektionen anfangs schneller wirken, jedoch nicht so wirksam wie intramuskuläre oder subcutane sind. Letztere habe ich nach Möglichkeit vermieden, aus Angst vor Hautnekrose. Auch Emulsionen habe ich gemieden und zog eine leichter resorbierbare, keine Thromben hervorrufende Flüssigkeit vor.

Die Lokalerscheinungen waren nach der Injektion im allgemeinen gering. Zwar traten in einigen, fast ausschliefslich ersten Fällen heftige Schmerzen auf, welche 8 bis 14 Tage anhielten, so dafs die Kranken mehrere Tage hindurch schlaflos waren und die Bauchlage bevorzugten, doch gelang es mir später die Injektionen fast ganz schmerzlos zu gestalten, indem ich mehr nach aufsen vom Nervus ischiadicus, und zwar nur neutrale Lösung injizierte. In der zweiten Hälfte der Fälle waren die Schmerzen nur ausnahmsweise vielleicht etwas heftiger, als nach den üblichen Quecksilberinjektionen. Die Schmerzen traten hauptsächlich kurz nach dem Eingriffe auf; dauerten einige Stunden und kehrten dann am zweiten oder dritten Tage zurück, wenn sich in loco injectionis ein Infiltrat bildete, um mehrere Tage zu dauern. Die Kranken waren imstande, die ganze Zeit hindurch zu liegen und zu sitzen. Später empfanden sie durch einige Tage an der betreffenden Stelle bei Druck einen dumpfen geringen Schmerz.

Die Infiltrate traten fast in der Hälfte der Fälle auf, und zwar hauptsächlich nach der alten Injektionsmethode. Gewöhnlich fühlte man am zweiten oder dritten Tage in der entsprechenden Hinterbacke eine hühnerei-, ausnahmsweise eine faustgrofse Geschwulst. Die Hinterbacke wurde umfangreicher, gespannt. Einmal trat unter der Haut ein hühnereigrofses Infiltrat auf. Nach einigen Tagen verschwanden die Infiltrate ohne Eiterung.

Unter den Allgemeinerscheinungen sind die Temperatursteigerung und Herztätigkeit hervorzuheben.

Die Temperatur stieg gewöhnlich um 0,2—0,5—1,0—1,5—2,0° und erreichte 36,8—37—38—39. Die Steigerungen waren häufiger und größer in den Anfangsstadien; in den späteren war die Reaktion geringer. Bemerkenswert ist, daſs bei Kranken, welche vor der Injektion fieberten, die Temperatur öfter zur Norm sank. In einigen Fällen stieg sie noch höher: bei einem Patienten, welcher vor der Injektion 38,2°, während derselben 37,1° hatte, stieg die Temperatur am Abend des nächsten Tages auf 39,2°, fiel tags darauf auf 37,8°. Kurzdauernde, mehrere Zehntel betragende Steigerungen konnte man bereits nach einigen Stunden nach der Injektion feststellen; nach 36 bis 48 Stunden nach der Injektion trat eine etwas stärkere Reaktion auf, welche mehrere Stunden bis Tage dauerte.

Von seiten des Herzens haben wir in der Mehrzahl der Fälle eine gewisse, mehrtägige, allmählich vorübergehende Erregung seiner Tätigkeit bemerkt; der Puls wurde frequent — bis 92—100, in Ausnahmsfällen im Liegen 120, beim Gehen und Stehen bis 100—112, selbst 140; dabei wurde er weich, weniger gefüllt. Die Herztöne blieben rein.

In einem Falle bemerkte ich während drei Tagen bei einem Potator mit wahrscheinlich latenter Myocarditis eine Arytmie beim Aufstehen. Ein anderer nervöser Patient, welcher vor der Injektion 120 Pulsschläge und dumpfe Herztöne hatte, bekam einige Stunden nach der Injektion einen kurzdauernden Dyspnoeanfall mit teilweisem Besinnungsverluste. Alle obenerwähnten Erscheinungen verschwanden spurlos und traten nach Weglassen des Methylalkohols und Verwendung des Jd fast gar nicht mehr auf. In letzterer Zeit beobachtete ich noch gewöhnlich eine mäſsige Pulsbeschleunigung, zumal nach dem Aufstehen, was jedoch, meines Erachtens, als Nebenwirkung aufzufassen ist. Bei einigen Kranken beobachteten wir Abgeschlagenheit, Muskel-, Gelenk- und Kopfschmerzen sowie Schwäche. Doch waren all diese Symptome von kurzer Zeit. Die meisten Patienten fühlten sich gut und waren bei Appetit.

In einigen Fällen trat Durchfall, häufiger Obstipation auf, welche mehrere Tage dauerte. Symptome von seiten anderer Organe fehlten.

Nur in einem äuſserst lehrreichen und die Ursache der von Bohac und Sobotka beobachteten Nebenwirkungen erklärenden Falle trat nach Anwendung der nicht ex tempore, sondern vor fünf Tagen bereiteten Lösung, neben langdauernden, heftigen lokalen Schmerzen, einem groſsen Infiltrate und allgemeiner Mattigkeit eine zehn Tage lang dauernde Harnretention auf welche zur Katheterisation nötigte. Der Fall besserte sich alsbald und gab ein gutes Resultat.

Angeregt durch so geringe Nebenwirkung nach Verbesserung der Technik, habe ich in letzter Zeit die Indikationen zu „606“ etwas er-

weitert. Ich injizierte das Mittel einer schwangeren Frau, einem vierjährigen ausgezehrten Kinde mit Pulsfrequenz 120, einer 58jährigen, kachektischen Frau, welche sich im Bette nicht umdrehen konnte und deren Muskelschicht ad Nates kaum 1 cm dick war, einem Kranken mit kompensierter Myocarditis fibrosa — alles ohne nachteilige Folgen. Ausgehend von den Erfahrungen NEISSERS, WECHSELMANNS, GLÜCKS und WICHERKIEWICZ' betrachte ich die Erkrankungen des inneren Auges nicht als Kontraindikation zur Anwendung von „606". Ich verlange nur von den Kranken absolute 5- bis 10tägige Bettruhe nach der Injektion und beobachte sorgfältig die Herztätigkeit.

Bis jetzt habe ich das Mittel 82 Kranken injiziert. Davon entfallen drei Injektionen auf Lues primaria, 26 auf secundaria (teilweise noch mit Initialsklerosen — davon acht Fälle von Lues gravis praecox) —, 17 auf Lues tertiaria; aufserdem wurden die Injektionen in 21 Fällen von Lues des Nervensystems gemacht (davon gehört ein Fall mit Tuberculogummata zur vorhergehenden Gruppe); in sieben Fällen von Paralysis progressiva und zwölf von Tabes dorsalis. Ferner behandelte ich mit „606" einen Kranken mit Sclerosis disseminata, welcher in der Anamnese Syphilis hatte, und eine Kranke mit bereits geheilter Perforatio Palati duri. Was die Heilungsdauer der Initialsklerosen betrifft, so war sie verschieden; in einem Falle, mit gleichzeitigem papulösem Exanthem, heilte das Geschwür nach drei Tagen, die Spirochäten verschwanden darin nach 29 Stunden, in zwei anderen Fällen erst nach zwei Wochen. — In einem Falle eines sehr kräftigen Patienten, wo die Infektion 14 Tage vor der Einspritzung erfolgte, die Sklerose vier Tage vor derselben auftrat und die Diagnose mit dem Mikroskop gemacht wurde, hat die nach Injektion von 0,4 Hg ausgeführte Untersuchung noch spärliche Spirochäten im offenen Geschwür ergeben, was zu einer Wiederholung der Injektion von 0,6 führte und zwar mit bestem Erfolge. Bei Kranken aus dem Initialstadium traten bis jetzt keine Exantheme auf.

Die Drüsen und Infiltrate nach Primäraffekten resorbierten sich meist allmählich, zuweilen langsam. Einem Kranken wurden wegen hartnäckiger Schwellung der Leistendrüsen nach 16 Tagen abermals 0,45 Jd injiziert; danach verkleinerten sich die Drüsen. Die langsame Resorption hängt ausschliefslich von den anatomisch-pathologischen Bedingungen ab.

Die Fleckenexantheme verschwanden nach ein bis fünf, in einem Falle nach zehn Tagen, die papulösen nach 5 bis 14 Tagen; die Heilung von papulo-ulcerösen und den hartnäckigen papulo-pustulösen Formen sowie des Lichen syphiliticus dauerte über zwei Wochen. Öfters wurde die Reaktion von LUKASIEWICZ-HERXHEIMER beobachtet.

Ebenso rasch, innerhalb acht Tagen, erfolgt die Resorption der gewöhnlich hartnäckigen Psoriasis plantaris, welche eine geringe Schuppung

zurückläfst; die sog. Plaques und Ulcerationen verschwanden in einigen Tagen, nässende Papeln innerhalb anderthalb Wochen. Etwas hartnäckiger waren hyperplastische Kondylome, deren Verschwinden zwei bis drei Wochen, in einem Falle selbst einer etwas längeren Zeit erforderten.

Betrachten wir die Wirkung von „606" auf die obenerwähnten Symptome, besonders im Vergleiche mit dem Quecksilber, so ergibt sich der Schlufs, dafs der Einflufs von „606" auf alle sekundären Symptome ohne Ausnahme ein bedeutender ist. Ob diese Wirkung die des Merkurs an Schnelligkeit übertrifft, bleibt noch dahingestellt, denn wir wissen, dafs sekundäre Symptome selbst binnen kurzer Zeit spontan verschwinden können. Doch darf man, aus anatomisch-pathologischen Gründen eine raschere Wirkung als mit „606" kaum erwarten, um so mehr als wir bei der Behandlung von Geschwüren, Plaques, nässenden Papeln von den bisher so beliebten Hilfsmitteln Abstand nahmen; es wurde nur trockene oder in destilliertes Wasser getauchte Watte, höchstens noch Puder verwendet.

Syphilis praecox maligna, auf welche die alten Methoden ohne Einflufs waren, ja, welche während dieser Behandlung sich weiter verbreitete, behandelte ich in acht Fällen mit gutem, zuweilen mit direkt unerwartetem Erfolge.

Die Geschwüre heilen rasch mit Ausnahme eines Falles von Sequester des harten Gaumens, welcher der Vernarbung im Wege steht. Auch hier wurde mit Ausnahme von destilliertem Wasser kein lokales Mittel verwendet.

Am intensivsten ist vielleicht die Wirkung des „606" im tertiären Stadium, besonders in schweren, hartnäckigen, der bisherigen spezifischen Therapie häufig trotzenden Formen. Ich behandelte stets mit gutem, zuweilen überraschendem Erfolge 16 Fälle tertiärer Lues der Haut, Schleimhäute und des Knochensystems: darunter wurden acht Fälle erfolglos mit Jod und Merkur behandelt. Als Beispiel will ich den vielen unserer Laryngologen und Chirurgen bekannten Fall anführen: Patient Z. infizierte sich vor 29 Jahren und wurde im Laufe der ersten drei Jahre mit Jod und Quecksilber behandelt. Vor zwölf Jahren trat in der Nase und im Rachen eine Ulceration auf, welche trotz intensiver Behandlung (18 Serien von 24 Friktionen, die letzte vor zwei Monaten, ferner acht Sublimatinjektionen alle vier Tage) den ganzen Nasenrachenraum ergriffen hatte; es kam zur Vernichtung der mittleren und unteren Partie der Nasenscheidewand, eines Teiles der unteren Muscheln, des harten Gaumens und des Keilbeines. Nach etwa $3^1/_2$ Wochen nach Injektion von 0,5 Hata, ergab die Spiegeluntersuchung Resorption der Infiltrate und Heilung der Geschwüre mit rosaroten Narben.

Auch in anderen tertiären Fällen kam es nach einigen Tagen bis Wochen zu vollständiger Heilung bzw. fortschreitender Besserung. Be-

merkenswert ist in dieser Beziehung der Fall eines fünfjährigen Kindes, in welchem ein grofses progredientes, luetisches Unterschenkelgeschwür zwei Tage nach Injektion von 0,06 des Mittels bereits bedeutende Besserung zeigte: das Infiltrat verschwand vollständig, die Ränder flachten sich ab, der Grund granuliert lebhaft und überzieht sich mit Epidermis.

In den tertiären, vornehmlich veralteten Geschwüren bemerkte ich mehrmals am zweiten oder dritten Tage post injectionem eine intensive Hyperämie der Ränder und des Grundes mit reichlicher schleimig-eiteriger Sekretion; später zeigten sich lebhafte, gesunde Granulationen. Der Vollständigkeit wegen will ich bemerken, dafs ich „606“ einer auswärtigen, einer ärztlichen Familie angehörigen Kranken wegen Magengummen injizierte. Angaben über den weiteren Verlauf fehlen.

Nervöse Fälle hatte ich 27 in Behandlung; ich will sie hier nur flüchtig berühren, da sie längere Zeit hindurch beobachtet werden müssen und überdies Gegenstand einer besonderen Arbeit werden.

Auf 21 Fälle von Gehirn- und Rückenmarklues blieb nur in vier veralteten Fällen mit sekundären pathologisch-anatomischen Veränderungen eine Besserung aus. In den übrigen waren die Erfolge teils gute, teils überraschende, um so mehr, als viele von diesen Kranken schon vorher eine energische, erfolglose Mischkur durchgemacht hatten. Hier einige Beispiele: Ein Kranker mit notorischer Aphasie begann nach der Injektion deutlicher zu sprechen, das Ameisenlaufen der linken Körperhälfte verschwand, auch kehrte das Gefühl zurück, während die spastische Schwäche der Extremitäten bis jetzt unverändert geblieben ist. — Ein Kranker mit Harnträufeln, linksseitiger Hemiplegie und Doppeltsehen fing an zu gehen, obwohl noch nicht ganz gut, uriniert normal; das Doppeltsehen sowie die Hyperästhesie und Ameisenlaufen der linken Körperhälfte verschwanden. — Bei einer Kranken verschwanden nach Injektion von „606“ sehr rasch heftige und hartnäckige Kopfschmerzen und Doppeltsehen, die Schwäche und das Zittern der Beine liefsen nach, so dafs Patientin sicher herumgehen kann; auch beobachtet man eine Zunahme des Appetits, während die schwache Reaktion der Pupillen auf Licht bis jetzt unverändert geblieben ist. Ein seit fünf Jahren hemiplegischer Tabiker geht bereits herum und läfst normal den früher unwillkürlich träufelnden Urin. Was dieses letztere Symptom betrifft, so wurde anfänglich aus der Inkontinenz eine Harnretention, dann kehrte der normale Zustand wieder, wurde aber einige Male durch Inkontinenz gestört. Überhaupt bemerkte ich bei Gehirn- und Rückenmarkskranken mehrmals leichte ein bis zwei Tage dauernde Harnbeschwerden, welche jedoch zu keinem besonderen Eingriffe Anlafs gaben.

Die Fälle von Tabes und progressiver Paralyse gaben, wie aus anatomisch-pathologischen Gründen zu erwarten war, eine temporäre oder nur

einseitige Besserung. So besserten sich die subjektiven Symptome und die Kranken wurden ruhiger. Nebenerkrankungen, wie krupöse Pneumonie, welche in einem Falle noch vor der Injektion auftrat sowie Erythema nodosum, übten keinen ungünstigen Einfluſs auf den Verlauf der Behandlung aus. Rezidive habe ich bis jetzt noch in keinem Falle beobachtet. Nur in zwei Fällen war ich genötigt, das Präparat zweimal zu injizieren. Die WASSERMANNsche Reaktion konnte ich dank der Liebenswürdigkeit des Kollegen SERKOWSKI in seinem Laboratorium in 65 Fällen ausführen. Was die Erfolge dieser Reaktion betrifft, so ist die Zeit noch zu kurz, um irgendwelche bestimmte Schlüsse ziehen zu können: In 19 Fällen wurde die positive Reaktion nach einigen Wochen zur negativen, in einigen anderen nahm sie um $^2/_3$—$^3/_4$ ab, sonst blieb sie unverändert. Nebenbei bemerkt, verschwanden die luetischen Erscheinungen sehr rasch in einigen Fällen von deutlicher Syphilis, wo vor der Injektion trotzdem die Reaktion negativ ausfiel.

Aus obigen, relativ kurzdauernden, etwa dreimonatlichen Experimenten lassen sich noch keine Schlüsse in bezug auf vollständige Heilung der Syphilis, d. h. vollständige Sterilisierung des Organismus ziehen. Jedenfalls ist der Gedanke selbst auf rationelle wissenschaftliche Basis gestützt und wird, früher oder später, sicher sein Ziel erreichen.

Jetzt kann man aber schon mit Sicherheit behaupten, daſs „606" spezifisch auf Syphilissymptome wirkt; besonders auffallend ist die Wirkung in schweren, bösartigen, hartnäckigen tertiären Formen.

Ob das Mittel die bisherige Jod- und Quecksilberbehandlung gänzlich verdrängen wird, ist jetzt noch unmöglich zu entscheiden. In Ausnahmsfällen trotzen die Spirochäten der Wirkung des Dioxydiamidarsenobenzols. Vielleicht soll man in diesen Fällen die Mikroorganismen zuerst mit den bisherigen Mitteln abschwächen und dann „606" injizieren, oder aber zugleich das neue und die alten Mittel verwenden. Dies werden erst Massenversuche im Laufe von Jahrzehnten zeigen.

Wie dem auch sei, wissen wir, daſs wir im Kampfe mit einer schweren und hartnäckigen Krankheit um ein äuſserst kräftiges, im Vergleiche zu den bisherigen viel wirksameres Mittel reicher geworden sind; dafür sei der fleiſsigen und befruchtenden Arbeit EHRLICHS und seiner nächsten Mitarbeiter Dank gesagt.

Literatur.

1. ALT, Das neueste EHRLICH-HATA-Präparat gegen Syphilis. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.
2. IVERSEN, Über die Wirkung des neuen Arsenpräparats „606" EHRLICHS bei Rekurrens. *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 15.
3. WECHSELMANN, Über die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 27.

4. Neisser, Über das neue Ehrlichsche Mittel. *Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 26.
5. Schreiber und Hoppe, Über die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Arsenpräparat „606". *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 27.
6. Schreiber und Hoppe, Die intravenöse Einspritzung des neuen Ehrlich-Hata-Präparats gegen Syphilis. *Münch. med. Wochenschr.* S. 1448.
7. Fischer und Hoppe, Das Verhalten des Ehrlich-Hataschen Präparats im menschlichen Körper. *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 29.
8. Michaelis, Über die Anwendung des Ehrlich-Hataschen Syphilismittels in neutraler Suspension. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 30.
9. Neisser und Kuznitzky, Über die Bedeutung des Ehrlichschen Arsenobenzols für die Syphilisbehandlung. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 30.
10. Bohac und Sobotka, Über unerwünschte Nebenerscheinungen nach Anwendung von Dioxydiamidoarsenobenzol „606". *Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 30.
11. Ehrlich, Über Blasenstörungen nach Anwendung des Präparats „606". *Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 31.
12. Bohac und Sobotka, Über unerwünschte Nebenerscheinungen nach Anwendung von Dioxydiaminoarsenobenzol „606" Ehrlich-Hata. *Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 31.
13. Loeb, Erfahrungen mit Ehrlichs Dioxydiaminoarsenobenzol „606". *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 30.
14. Treupel, Erfahrungen und Erwägungen mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Mittel bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen. *Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 30.
15. Wechselmann und Lange, Über die Technik der Injektion des Dioxydiamidoarsenobenzol. *Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 30.
16. Glück, Kurzer Bericht über 109 mit „606" behandelte Luesfalle. *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 31.
17. Wechselmann, Beobachtungen an 503 mit Dioxydiamidoarsenobenzol behandelten Krankheitsfällen. *Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 32.
18. Herxheimer, Arsenobenzol und Syphilis. *Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 30.
19. Iversen, Über die Behandlung der Syphilis mit dem Präparat „606" Ehrlichs. *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 33.
20. Taege, Erfolgreiche Behandlung eines syphilitischen Säuglings durch Behandlung seiner stillenden Mutter mit „606". *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 33.
21. Korczynski, Ze spostrzeżeń o leczniczem działaniu przetworu arsenowego Ehrlicha. *Przeglad Lekarski.* Nr. 32 u. 33.
22, Wicherkiewicz, Przetwór Ehrlicha „606" przeciw schorzeniom kitowym. *Przeglad Lekarski.* Nr. 34 u. 35.

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der königl. Universität Neapel.
(Vors. Prof. T. Deamicis.)

Über die histologische Technik bei der Untersuchung der Haut.[1]

Von

Dozent Dr. Vincenzo Chirivino, Koadjutor.

Seit längerer Zeit wende ich zur Färbung der gesunden und erkrankten Hautschnitte ein einfaches Verfahren an, welches eigentlich nichts Neues darstellt, aber von den Herren Kollegen in diesem Institute zweckmäfsig befunden und angewendet wird und besonders bei der pathologischen Histologie der Haut ausgezeichnete Dienste leistet.

Ich werde dasselbe beschreiben.

Die Stücke müssen zuerst in Alkohol fixiert, oder, besser, in Formalin fixiert, darauf in Alkohol gehärtet und dann in Paraffin eingebettet werden.

Danach geht man folgendermafsen vor:

1. Drei bis fünf Minuten langes Färben mit Lithionkarmin.
2. Differenzierung durch sauren Alkohol. Hierbei mufs das Präparat unter dem Mikroskop überwacht werden, damit eine deutliche nukleäre und keine diffuse Färbung zutage kommt.
3. Kurzes Abspülen in destilliertem Wasser.
4. Fünf Minuten langes Färben mit Parafuchsin nach Weigert[2].
5. Differenzierung in saurem Alkohol.
6. Eine Minute langes Färben in wässeriger Pikrinsäurelösung (fünf bis sechs Tropfen der gesättigten Lösung in etwas destilliertem Wasser in einem Uhrglase). Auch hier ist eine übermäfsige Färbung zu vermeiden.
7. Kurze Abspülung in destilliertem Wasser und rasche Entwässerung in Alkohol.
8. Aufhellung in Xylol-Kanadabalsam.

---

[1] Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. Rühl-Turin.

[2] Das von Weigert angegebene Verfahren zur Herstellung der Lösung für die Färbung der elastischen Fasern ist wohl bekannt:

Destilliertes Wasser	100 g
Basisches Fuchsin	1 g
Resorzin	2 g

Dieses Gemisch wird in einer Porzellanschale erwärmt, dann 25 ccm Eisenchlorid zugesetzt, das Ganze umgerührt und fünf Minuten lang gekocht und danach sofort filtriert. Der auf dem Filter zurückgebliebene Rest wird wieder in dieselbe Schale mit 200 ccm Alkohol (95°) gebracht. Man kocht fünf Minuten, läfst dann abkühlen und filtriert. Das Filtrat wird durch Zusatz von Alkohol (94°) auf 200 gebracht. Danach setzt man 4 ccm Salzsäure zu.

Wenn das Präparat gut gelungen ist, und dies hängt vor allem von der Güte des Lithionkarmins und von der Anwendung desselben im richtigen Maſse ab, so erzielt man eine so deutliche, scharfe und elegante Färbung, wie sie besser kaum sein könnte.

Man erzielt auf diesem Wege in erster Linie die doppelte Färbung, welche das Pikrokarmin erzeugt, welche in den Kernen am deutlichsten hervortritt; die gelbe Farbe der Pikrinsäure, welche blasser und schwächer ist und nicht die feinen Details der zellularen Elemente verschleiert; dann die gleichzeitige Färbung des ganzen elastischen Netzwerkes bis auf die dünnsten Fibrillen, welche eine dunkle bläulich-grüne Farbe annehmen, während das Bindegewebsfasernnetz des Dermas eine blasse grünliche Farbe bekommt.

Das WEIGERTsche Parafuchsin übertrifft, in Bezug auf den Nachweis des elastischen Netzwerkes der Haut, jedenfalls bei weitem das UNNAsche Orcein und das MIBELLIsche Safranin.

Meine soeben beschriebene Methode hat keinen Anspruch auf Neuheit und Originalität, da es sich dabei offenbar nur um die Vereinigung von bereits bekannten Färbungsverfahren handelt; sie bietet aber den Vorteil, daſs sie erlaubt, die Struktur oder die Veränderungen fast aller Hauptbestandteile der Haut rasch und in ihrer Gesamtheit deutlich hervortreten zu lassen. Ich glaube deshalb dieses Verfahren denen empfehlen zu dürfen, welche besonders auf dem Gebiete der pathologischen Histologie der Haut arbeiten.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10./23. Oktober 1910.

(Originalbericht von ARTHUR JORDAN.)

1. LEWTSCHENKOW stellte eine 32jährige Frau mit **gummösen Geschwüren** auf dem linken Handrücken vor, der vor einer Woche 0,45 Nr. 606 als Emulsion eingespritzt worden ist. Die Geschwüre haben sich gereinigt und beginnen sich zu überhäuten.

FOKIN fragt, ob eine lokale Behandlung stattgefunden hat?

LEWTSCHENKO erwidert, ja, aber nur mit indifferenten Mitteln.

POSPELOW bemerkt zu dem Falle, daſs eine Besserung zu konstatieren ist, aber daſs von einem glänzenden Erfolg nicht gesprochen werden kann.

2. TSCHERNOGUBOW sprach zur **Kasuistik der mit dem EHRLICHschen Präparat behandelten Syphilis** und demonstrierte **drei unter dieser Behandlung auſserordentlich gebesserte Fälle von Syphilis maligna.** Im ganzen sind bisher von TSCHERNOGUBOW 15 Fälle von Syphilis mit Arsenbenzol gespritzt worden. Der

Erfolg war im allgemeinen ein guter. In einigen Fällen von Sklerosen sind diese ganz klein geworden. Die Drüsen haben merklich abgenommen. Die Roseola schwand schon nach zwei Tagen, papulöse Exantheme in 14 Tagen. Die Injektion als Lösung, wie es anfangs geschah, wurde wegen zu grofser Schmerzhaftigkeit und zu starker Infiltratbildung aufgegeben, statt dessen wird jetzt die Emulsion eingespritzt. Was die Arsenausscheidung anbetrifft, so liefs sich das Arsenik einmal am 17., ein zweites Mal am 16. Tage, in anderen Fällen aber nur bis zum 12. Tage nachweisen. Bei der Behandlung der Syphilis maligna findet T., dafs der Effekt der früher von Pospelow vorgeschlagenen kombinierten Behandlung mit Jod innerlich und Arsenik subcutan gleicht.

Diskussion: Pospelow selbst hat in zwei Fällen von Syphilis maligna den einen nach seiner Methode, den andern nach Ehrlich behandelt und gefunden, dafs in letzterem Fall der Erfolg schneller eintrat.

Sokolow hat in sechs Fällen das Arsenbenzol angewandt und darunter in vier Fällen die Erscheinungen der Syphilis schwinden gesehen. Das Gewicht der Kranken hat nebenbei sehr zugenommen. Die Herxheimersche Reaktion trat in zwei Fällen auf.

Jordan hat 47 Kranken 50 Injektionen gemacht. In den drei Fällen, wo Reinjektionen nötig wurden, geschah es einmal wegen eines Rezidivs, 23 Tage nach der ersten Injektion von 0,4, zweimal wegen ungenügender Rückbildung der Erscheinungen nach 0,4 bzw. 0,45 Nr. 606. Im allgemeinen ist J. mit dem Erfolg zufrieden, kann jedenfalls bestätigen, dafs das Arsenbenzol spezifisch wirkt und in vielen Fällen besser, als das Quecksilber. Der Erfolg ist aber in den einzelnen Fällen verschieden, was J. weniger auf die Dosis zurückführt, da er von 0,3 bei Männern eine vorzügliche und in einigen anderen Fällen von 0,6 keine befriedigende Wirkung gesehen hat. J. führt dieses auf individuelle Verschiedenheiten, wie auf die Krankheitssymptome und den Einspritzungsmodus zurück. Am besten schwanden die gummösen Prozesse, nächstdem die Schleimhautpapeln und die papulo-pustulösen Exantheme. Unter den verschiedenen Methoden der Einspritzung scheinen die Injektionen der Lösung, welche zwar aufserordentlich schmerzhaft sind, wirksamer zu sein, als die Injektionen der Emulsion.

Krassnoglasow hat, gemeinsam mit Ustinow, verschiedene Kliniken Deutschlands besucht, wo „606“ eingespritzt wird, und den besten Eindruck von der Einspritzung einer Emulsion mit Lezithin nach Alt-Hoppe in Üchtspringe erhalten.

3. Meschtscherski führte eine Kranke mit **Lupus erythematodes faciei und Drüsenpacketen** auf der rechten Halsseite vor. Prof. Spishapni hat sich bereit erklärt, die Drüsen nach dem Vorgang von Bender und Müller zu entfernen, was in den nächsten Tagen geschehen soll.

Diskussion: Pospelow bemerkt zu dem von ihm beschriebenen Fall derselben Art, welcher operiert wurde, dafs zunächst, nach Exstirpation der Drüsen, ein glänzender Erfolg eintrat, indem der Lupus erythematodes schwand, dafs aber derselbe später, wenn auch weniger stark, zurückkehrte.

4. Mordwinow demonstrierte einen Kranken mit **Acroangioma haemorrhagicum**, den im Jahre 1904 Dr. Küsel vorgestellt hat. Damals waren die Krankheitserscheinungen unter Arsenik zurückgegangen, um seit 2½ Jahren wieder zuzunehmen. Wie aus den gezeigten mikroskopischen Präparaten hervorgeht, handelt es sich um sarkomatöse Knoten in der Tiefe des Coriums.

Diskussion: Fokin fragt, ob der Kranke sich im Laufe der sechs Jahre hat behandeln lassen?

Mordwinow erwidert, nur unregelmäfsig mit Arsenik, das letzte Mal vor zwei Jahren.

Pospelow findet beim Vergleich der augenblicklichen Erscheinungen mit denen auf der Moulage vom Jahre 1904, daſs das Ödem jetzt bedeutend geringer ausgesprochen ist, als damals, so daſs eine entschiedene Besserung des Leidens zu konstatieren ist. P. rät, die Arsenikbehandlung fortzusetzen.

5. Meschtscherski führte ein junges Mädchen mit **Lupus erythematodes und Erythema perstans faciei** vor. Nach Angabe der Kranken soll das Leiden erst vor einem Jahr, auf dem Gesicht, begonnen haben und in Charkow als Lupus erythematodes gedeutet worden sein. Vor einem halben Jahre haben sich dann blaurote Flecke einzustellen begonnen, die im September, auf der Fahrt nach Moskau, sehr zunahmen. Die Kranke traf in der dermatologischen Klinik zu Moskau hochfiebernd, morgens 37,6, abends 40°, und mit Erscheinungen einer Pyelitis (reichliche Eiteransammlung im Urin, ohne Cylinder) und Dämpfung über der einen Lungenspitze ein. Die Tuberkulinprobe fiel negativ aus. Auf dem Gesicht, aber auch auf dem Körper und den Extremitäten findet sich ein aus Erythemflecken bestehender Ausschlag. Auf den Wangen sieht man ferner Narbenbildung. Zu den allgemeinen Erscheinungen gesellte sich später noch eine Arthritis des linken Kniegelenkes. Augenblicklich hat die Pyelitis und damit auch das Fieber nachgelassen.

Diskussion: Pospelow kann keine Zeichen von Lupus erythematodes finden und ist der Ansicht, daſs der Fall zur Klärung noch einer weiteren Beobachtung bedarf.

Meschtscherski verteidigt seine Diagnose.

6. Bogrow zeigte die Photographie eines Falles von **eigentümlicher Deformität der Zähne bei hereditärer Lues.** Die 30jährige Kranke mit einer Sattelnase weist auſser verschiedenen sonstigen Zahnanomalien, wie Mikrodontie usw., auf der rechten Hälfte des Oberkiefers einen gabelförmigen, zweihöckrigen Zahn, einen Dens bifidus, auf.

Versammlung der Ärzte am Mjassnitzkihospital zu Moskau.

Sitzung vom 29. September (12. Oktober) 1910.

(Originalbericht von Dr. Arthur Jordan).

1. Jordan stellte einige **mit Ehrlichs „606" behandelte Syphlisfälle** vor.

J. hat das Arsenobenzol bisher in 35 Fällen, nämlich 13mal bei frischer Lues, 12mal bei rezidivirender Lues, viermal bei tertiärer Lues, zweimal bei Lues cerebri und einmal bei Meningo-myelitis luetica angewandt und in allen Fällen bald schneller, bald langsamer Erfolge gesehen. Am schnellsten schwinden die Papeln des Mundes und Rachens, nächstdem diejenigen des Gliedes und Afters, weiter die gummösen Geschwüre und die papulo-pustulösen Ausschläge, während die makulösen Exantheme oft recht lange anhalten. Die Sklerosen verheilen schnell, schwinden aber nicht ganz, die Drüsen verkleinern sich, aber Reste bleiben nach. In einem Fall von frischer Lues trat am 23. Tage nach der Injektion von freilich nur 0,4 N. 606 ein Rezidiv in Gestalt einer Papel mit positivem Spirochätenbefund am Penis auf, nachdem zuerst alle Erscheinungen (Roseola, Sklerose und Lymphadenitis) geschwunden resp. gut zurückgegangen waren. Von unangenehmen Nebenerscheinungen hat J. Temperatursteigerung, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen leichter Art und in zwei Fällen Auftreten von Eiweis (2‰) und gekörnten Cylindern im Urin gesehen. In einem Fall schwanden diese nephritischen Erscheinungen in vier Tagen, im anderen Fall dauern sie noch fort. Im allgemeinen fühlen sich die Kranken etwa eine Woche nach der Einspritung schon ganz wohl.

2. Jordan demonstriert einen Mann mit einem **Ulcus induratum des linken Mittelfingers**, Lymphadenitis und miliarem, papulösem Ausschlag, den er kombiniert mit Hg-Einreibungen und einer Injektion „606", behandeln will.

3. Rosenquist zeigte vier Kranke, deren Syphilis **durch „606“ äufserst günstig** beeinflufst worden ist. Besonders effektvoll war ein Fall von ausgedehnten gummösen Geschwüren, welche völlig verheilt sind.

4. Tschlenow führte eine Prostituierte vor, die schon zum 37. Mal wegen Lues im Hospital Aufnahme gefunden hat, und zwar immer wieder wegen **Leukoplakia.** Unter einer Einspritzung von „606“ ist ein sichtbarer Erfolg zu konstatieren. Diskussion.

Ustinow, welcher mit Holst zusammen die Versuche anstellt, bestätigt, dafs bei Sklerose der Erfolg weniger befriedigend ist.

Holst, welcher zirka 85 Injektionen von Arsenobenzol gemacht hat, ist mit dem Resultat sehr zufrieden.

Dasselbe sagt Tschlenow auf Grund von gleichfalls 85 Einspritzungen.

5. Pokrowski sprach über seine **vergleichenden Spirochaeta-pallida-Untersuchungen mit der Giemsa-Lösung und mit Burris Tuscheverfahren.** Wenn P. auch der Dunkelfeldbeleuchtung den ersten Platz einräumt, haben seine zahlreichen Untersuchungen von Spirochätenfärbung mit Giemsa-Lösung und mit Tusche ergeben, dafs das letztere Verfahren eben so sicher ist und der schnelleren und bequemeren Handhabung wegen, besonders in der Privatpraxis, vorzuziehen ist, wo nicht jeder Arzt einen Dunkelfeldapparat besitzt.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 9 u. 10.

1. **Die Lehre von der angioneurotischen und hämatogenen Hautentzündung,** von Ludwig Török-Budapest. (Heft 9 und 10.) Übersichtsreferat, in dem nach einer Darstellung der Geschichte der Angioneurosen alle Beobachtungen, die als Stützen der Angioneurosentheorie gelten, und die Untersuchungen, deren Ergebnissen zufolge die Lehre von den angioneurotischen Hautentzündungen zurückzuweisen und durch die Lehre von der hämatogenen Entzündung zu ersetzen ist, besprochen und kritisch gewürdigt werden. T. kommt dabei zu dem Schlufs, dafs die Hautveränderungen, die auch noch in der letzten Zeit zu den Angioneurosen gerechnet worden sind, namentlich die Erytheme und die Urtikaria, Hautentzündungen darstellen, die in den Fällen, in denen sie von innen heraus entstehen, auf dem Wege des Blutkreislaufes zustande kommen; es sind hämatogene Hautentzündungen.

Die Annahme der angioneurotischen Entstehung gewisser Hautveränderungen hat besonders deshalb so grofse Anerkennung gefunden, weil dadurch gewisse Eigentümlichkeiten dieser Hautausschläge, z. B. ihr plötzliches Erscheinen, die symmetrische Anordnung eine plausible Erklärung fanden; diese Eigentümlichkeiten lassen sich jedoch mit der Annahme der hämatogenen Entstehung noch besser in Einklang bringen. Das plötzliche Auftreten und die rasche Verbreitung der Entzündung ist dadurch bedingt, dafs das pathogene Agens auf dem Wege des Blutkreislaufes in die Haut geworfen wird; es können so grofse Hautstrecken oder weit auseinanderliegende Hautstellen gleichzeitig oder rasch nacheinander erkranken. Die Erkrankung beider Körperhälften in symmetrischer Weise findet ihre Erklärung in der symmetrischen Anordnung der Gefäfse und in der Gemeinsamkeit ihres Wurzelgebietes. Das diffuse Befallenwerden grofser Hautpartien oder der ganzen Hautoberfläche, die annähernd

gleiche Intensität und gleiche Gröfse der einzelnen Herde ist auf die gleichmäfsige Verteilung des schädigenden Agens im Blute zurückzuführen. Der mäfsige Grad der Entzündung und der Mangel stärkerer Epidermisveränderungen in den meisten Fällen, läfst sich dadurch erklären, dafs die Krankheiterreger ihre Wirkung durch das Blut abgeschwächt oder verdünnt entfalten und die Epidermis nicht so unmittelbar wie bei der Einwirkung von aufsen treffen. Die tiefe Lagerung mancher Herde wird durch das Haftenbleiben des pathogenen Agens an tieferen Stellen des Gefäfsbau und der Haut verständlich. Die häufige Lokalisation an Kopf und Extremitäten entspricht dem häufigen Vorkommen aller embolischen Hautprozesse an diesen Körperteilen. Die sehr oft zu beobachtende rundliche Form der Herde ist damit zu erklären, dafs das pathogene Agens sich von der Stelle aus, wo es im Gefäfssystem der Haut haften blieb, gleichmäfsig in der Nachbarschaft ausbreitet. (*Ungar. Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 2. Beiblatt.)

2. **Beitrag zu den Gewebs- und Blutveränderungen bei der Mycosis fungoides**, von Bodo Spiethoff-Jena. (Heft 9 und 10.) Sp. hat bei drei Fällen von Mycosis fungoides exzidierte Knoten und Blut untersucht. Er fand in zwei Fällen diffuse, in den oberen Schichten der Cutis sitzende Infiltrate, die sich scharf gegen die tieferen Schichten des Stratum reticulare abgrenzten, sich aber in diese herdförmig fortsetzten. Im dritten Falle war an den kleinknotenartig umschriebenen Infiltraten neben dem ausgesprochen herdförmigen Charakter eine deutliche Schichtung in der Art zu erkennen, dafs die Mitte des Herdes von den blassen grofsen Infiltratzellen, die ringförmig umfassende Aufsenschicht von Bindegewebe, Bindegewebszellen und Leukocyten gebildet war. Die eigentlichen Infiltratzellen, Zellen mit verschiedenartig geformtem, fast stets chromatinarmem Kerne, waren in allen drei Fällen die gleichen; daneben fanden sich stets zahlreiche Mastzellen verschiedener Art, spärliche Lymphocyten, Plasma- und Riesenzellen, sowie eosinophile Zellen, deren Zahl ziemlich parallel mit der Zahl der Eosinophilen im Blute ging. Die Natur der Infiltratzellen ist noch nicht klargestellt. Bei den Mastzellen spricht alles für die autochthone, d. i. histogene Entstehung, dagegen stammen die Eosinophilen zweifellos aus dem Blut.

Unter den mannigfaltigen Veränderungen des Blutbildes hob sich in allen drei Fällen die Eosinophilie als der am meisten konstante Faktor hervor. Sie ist durch den spezifischen Prozefs der Mycosis fungoides selbst und nicht durch sekundäre Ursachen bedingt, kann aber wahrscheinlich durch sekundäre Vorgänge eine Steigerung erfahren. In jungen, wenig ausgebildeten Fällen kann die Eosinophilie anscheinend fehlen. Die Zahl der Mastzellen war zum Teil mäfsig vermehrt. Eine wesentliche Zunahme der Neutrophilen und der Lymphocyten war nur beim Vorhandensein von Komplikationen festzustellen, die grofsen Lymphocyten spielten in keinem Falle eine Rolle.

3. **Der Nachweis der Spirochaeta pallida in der Klinik der Syphilis**, von A. Dreyer-Köln. (Heft 9.) Dr. betonte den diagnostischen Wert des durch die serologischen Untersuchungsmethoden in den Hintergrund gedrängten Spirochätennachweises; namentlich bei extragenitalen Geschwüren zweifelhafter Natur ist dieser Nachweis von der gröfsten Bedeutung. Der Nachweis sehr spärlicher Spirochäten gelingt mittels der Färbung, und zwar besonders mittels der alten, langdauernden Giemsa-Färbung sicherer als mittels der Dunkelfeldbeleuchtung; man soll daher bei negativem Befund im Dunkelfeld auf die Färbung nicht verzichten. Das Burrische Tuscheverfahren ist dem Praktiker, namentlich bei fehlendem Dunkelfeldkondensor, für die Fälle zu empfehlen, in denen nicht zu wenige Spirochäten zu erwarten sind.

Unter 14 Fällen von primärer Syphilis fand Dr. 8 mit mehreren (2—4 und mehr) Schankern, deren Natur durch Nachweis von Spirochäten festgestellt werden konnte;

die Zahl der Schanker ist demzufolge für die Differentialdiagnose nicht verwertbar. In behaarten Gegenden scheint die Wucherung der Spirochäten besonders reichlich zu erfolgen; das ist wohl der Grund, warum die Syphilide der behaarten Regionen besonders schwer sind. Ob sich die Syphilis bei sehr großer Spirochätenmenge im Schanker ungünstiger als gewöhnlich gestaltet, ist noch nicht festgestellt; jedenfalls aber deuten die Erfahrungen Dr.s darauf hin, daß die Spirochätenmenmenge in den syphilitischen Produkten den Krankheitsverlauf zu beeinflussen vermag. — Bezüglich Abortivbehandlung kommt Dr. auf Grund eigener Erfahrungen und der Beobachtungen anderer Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. An der Möglichkeit einer Abortivbehandlung der Syphilis, d. h. an der Heilung der Krankheit ohne Ausbruch weiterer Erscheinungen nach dem Primärstadium, ist nach der Zahl und Art der vorliegenden Beobachtungen nicht zu zweifeln.

2. Eine starke Dosierung ist die Voraussetzung für einigermaßen gleichmäßige Erfolge bei Abortivkuren.

3. Deshalb eignen sich nur völlig gesunde Personen für die Vornahme dieser Kur. Anämische, Tuberkulöse und Alkoholiker müssen von ihr ausgeschlossen bleiben.

4. Bei ungenügender Dosierung kommt es besonders leicht und früh zu Tertiärerscheinungen; die Durchführung der Kur muß daher absolut gesichert sein.

Die Exzision des Primäraffektes kommt wohl für die Beseitigung der Krankheit stets zu spät; das beweist die Lokalisation der Spirochäten in den Schankerschnitten, ihr frühzeitiges, fast konstantes Fortschreiten in den Lymphbahnen.

In einem Falle von Schanker an der Radix penis fand Dr. Spirochäten außen in den Arrectores pilorum auch in den Haarwurzelscheiden; auch bei Lichen syphiliticus konnte er sie in den Haarscheiden nachweisen. Solche Befunde sind naturgemäß für die Erklärung der Alopecia syphilitica von Bedeutung. Einmal wurden Spirochäten in den Talgdrüsen und um die Schweißdrüsen herum, einmal im Speichel und einmal im Harn bei syphilitischer Nephritis gefunden.

4. **Zur Frage der Immunität nach Trichophytieerkrankungen,** von C. Bruhns- und A. Alexander-Charlottenburg. (Heft 10.) Die Verfasser haben die zuerst von Bloch festgestellte Tatsache, daß gewisse Formen von Trichophytie bei Tieren und Menschen Immunität gegen eine neue Infektion gewähren, mittels verschiedener Trichophytiestämme einer Nachprüfung an Meerschweinchen unterzogen. Während aber Blochs Stämme stets immunisierten, entstand bei den Versuchen der Verfasser nur in einem bei Verwendung der verschiedenen Stämme verschieden großen Teile der Fälle Immunität; die erzielte Immunität bezog sich zumeist nicht nur auf den Stamm, mit dem die Erstimpfung vorgenommen worden war, sondern auch auf andere Stämme. — Bei einigen Meerschweinchen riefen zweite Impfungen, besonders wenn sie kurze Zeit nach den erfolgreichen Erstimpfungen gemacht worden waren, Krankheitserscheinungen hervor, die nach ihren makroskopischen Aussehen als neue Trichophytieerkrankung angesehen werden mußten, während die mikroskopische Untersuchung vollständiges Fehlen von Pilzen in den Haaren ergab; die Erscheinungen, die übrigens sehr rasch abheilten, waren in diesen Fällen nur der Ausdruck einer gewissen Überempfindlichkeit der Haut.

Eine der Stämme, die von den Verfassern zu ihren Versuchen benutzt wurden, war von einem Herpes tonsurans am linken Oberarm einer 25jährigen Frau gewonnen. Die Frau wurde ein halbes Jahr, nachdem ihre Hautaffektion abgeheilt war, mit diesem Stamm an beiden Oberarmen geimpft; die Impfung blieb links negativ, am rechten, vorher gesunden Arm fiel sie positiv aus. Die Frau besaß also zur Zeit der Impfung jedenfalls keine allgemeine Immunität gegen die Pilze ihres eigenen Herpes tonsurans;

ob links eine lokale Immunität vorhanden war oder ob hier die Impfung zufällig nicht gehaftet hat, mufs dahin gestellt bleiben.

Die Differenz zwischen den Versuchsergebnissen der Verfasser und den Resultaten Blochs ist wohl auf die Verschiedenheit in der Provenienz der Stämme zurückzuführen. Die Stämme der Verfasser waren aus oberflächlichen Trichophytien, die Stämme Blochs dagegen aus tief infiltrierenden Formen gewonnen; nur die letzteren scheinen eine wirkliche volle Immunität zu hinterlassen. Da nun ein und derselbe Pilz je nach dem Sitz im Körper tiefe oder oberflächliche Herde erzeugen kann, so mufs man annehmen, dafs die Immunitätswirkung nicht an den Pilz als solchen gebunden ist; es bedarf gewisser Begleitumstände, unter denen die entzündliche Infiltration die Hauptrolle zu spielen scheint, um die Zellen des Organismus bzw. der Haut in dem Sinne umzustimmen, dafs volle Immunität gegen eine erneute Trichophytieinfektion zustande kommt. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 103. Heft 2 und 3. August-September 1910.

1. **Ein Fall von echter spontaner Hautgangrän, mit Suggestion behandelt,** von Carl Cronquist-Malmö und Poul Bjerre-Stockholm. Es handelt sich um eine 42jährige Frau, bei der seit vielen Jahren von Zeit zu Zeit Geschwüre, besonders an den Labien, aufzutreten pflegen, die mit einem kleinen, juckenden Knötchen beginnen, brennende Schmerzen auslösen und in vier bis fünf Wochen abheilen. Die genaueste Beobachtung hat den Verfassern die Überzeugung gegeben, dafs hierbei jeder artifizielle Einflufs ausgeschlossen ist, und dafs anscheinend eine Suggestivbehandlung wenigstens für einige Zeit von Nutzen war. Kurzer Überblick über die einschlägige Literatur.

2. **Zur Kasuistik der Augensyphilis. Iritis papulosa annularis,** von Carl Cronquist-Malmö. Es handelt sich um deutliche, dicht aneinandergereihte Papeln von gelblich-roter Farbe am inneren Rand der Iris bei einem 19jährigen Heizer mit frischer Syphilis. Abbildung.

3. **Über Maculae atrophicae.** Mit besonderer Berücksichtigung zweier Fälle von Maculae atrophicae bei Lues, von Carl Bohač-Prag. Eingehende Besprechung einer aufserordentlich reichhaltigen Literatur. Die gesammelten Beobachtungen teilt B. zum Zecke der leichteren Übersicht in einzelne Gruppen, in deren erste er jene Fälle stellt von idiopatischer Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes), wie sie zuerst von Jadassohn und später von Heuss u. a. als ein eigenes, mit minimalen chronischen Entzündungserscheinungen und umschriebenem Elastinverlust einhergehendes Krankheitsbild beschrieben wurde. Eine zweite Gruppe bilden Krankheitsformen urtikariell - erythematöser und entzündlicher Art, wozu die mit Atrophia maculosa cutis einhergehenden, in der Literatur verzeichneten Fälle von Urticaria, Urticaria pigmentosa, Purpura atrophicans, Erythema urticatum atrophicans, Atrophodermia erythematosa maculosa, Sklerodermie, Akne, Lichen ruber panus, Lupus erythematodes usw. zu rechnen wären. Daran anschliefsend bilden jene äufserst seltenen Fälle eine eigene Gruppe, in welchen das Auftreten von atrophischen Makeln ohne vorausgegangene, klinisch sichtbare erythematös-entzündliche Vorstadien beobachtet wurden und zu deren Deutung trophoneurotische Störungen hypothetisch herangezogen wurden.

Ausführlich wird berichtet über einen Fall, wo sich bei einer 31jährigen Frau neben mehreren typischen gummösen Narben fast über den ganzen Körper verstreute atrophische narben-ähnliche Flecken fanden, die genau histologisch untersucht wurden

und das typische Bild der echten Maculae atrophicae boten. Etwas anders lag der histologische Befund in einem zweiten Falle, in welchem es nach der Resorption eines pustulösen, lichenoiden luetischen Exanthems einmal zur Entstehung kleiner, in der Mitte eingezogener, scharf begrenzter Narben kam, ähnlich jenen, wie sie sich nach Akne zu entwickeln pflegen, während sich aus einer Anzahl von Efflorescenzen Keloide entwickelten, nach deren allmählicher Verkleinerung erst die Haut das Aussehen atrophischer Makeln bekam, dünn und weich wurde und eine Menge feinster Fältchen aufwies.

4. **Lichen scrophulosorum mit generalisierter Dornenbildung,** N. La Mensa-Palermo. Bei einem Jungen von zwölf Jahren, der zart, in der Ernährung heruntergekommen, an einer chronischen diffusen Bronchitis leidet und unregelmäßsiges Fieber bekommt, zeigt sich eines Tages eine Eruption am Rücken, an der Brust, an den Seiten, am Abdomen, die aus kleinen wenig hervorragenden Papeln von der Durchschnittsgröfse eines Nadelkopfes besteht. Die Farbe der Papeln ist gelb oder leicht rot; sie sind von kleinen dünnen, wenig adhärenten Schüppchen bedeckt und vermehren sich an der einen Stelle, während sie an der andern von selbst verschwinden. An einzelnen Stellen zeichnen sich diese Papeln durch Hornfilamente aus, die wie Dornen hervorragen und zuweilen von einem Lanugohaar durchbohrt sind. Die Hornfortsätze lassen sich mit dem Nagel leicht zerquetschen und bestehen mikroskopisch aus Lamellen von Hornsubstanz; wenige Tage nach der Entfernung pflegen sie von neuem hervorzukommen. Ophthalmo- und Cutisreaktion geben ein deutlich positives Resultat. Auch histologisch finden sich perifollikuläre Infiltrate, deren Struktur sich der des Tuberkels nähert.

5. **Ein Beitrag zum Pemphigus vegetans,** von M. Schiedat-Dortmund. Eine 22jährige Frau bekommt nach ihrem zweiten Wochenbett Erscheinungen, die ganz wie eine Impetigo herpetiformis (Duhring) aussehen, bald aber für Lues erklärt werden, als sich deutliche kondylomartige Erhebungen, besonders an der Innenfläche der Oberschenkel und in der Analfurche zeigen. Trotz antisyphilitischer Behandlung, die im übrigen sehr schlecht vertragen wurde, breiten sich die Wucherumgen an den Kontaktflächen der Haut, in den Ellenbogenbeugen, zwischen den Mammae und um den Nabel herum aus; Patientin geht unter allgemeiner Kachexie zugrunde.

6. **Über Lupus erythematodes diffusus des ganzen Kopfes und der Hände,** von Giuseppe Verrotti - Neapel. Eine Patientin, die wegen umschriebener Lupus erythematodes - Flecken im Gesicht einige Jahre vorher in Behandlung gewesen und anscheinend geheilt worden war, bekam eine diffuse Eruption, die fast das ganze Gesicht und den behaarten Kopf umfafste und charakterisiert war durch eine oberflächliche, kontinuierliche gleichförmige Infiltration der Cutis, die mit sehr adhärenten dünnen Schuppen bedeckt war. Weder klinisch, noch histologisch liefs sich ohne die Anamnese eine richtige Diagnose stellen. Die Patientin blieb aus der Beobachtung weg, und ist etwa ein Jahr später unter Fieber und eitriger Schwellung des rechten Knies zugrunde gegangen.

7. **Über einen Fall von Lichen ruber acuminatus,** von L. Rothe-Bern. Die Affektion, die bei einem 40jährigen Kaufmann binnen zwei Monaten zum Tode führte, war abgesehen von ihrem akuten und letalen Verlauf ausgezeichnet durch das Hervortreten nervöser Erscheinungen; durch die Eigenart der Hautsymptome (diffuses Erythem, hochgradiges Ödem speziell der Augenlider, anämische Herde neben den follikulären Lichenknötchen); durch das Befallensein der Schleimhaut; durch die mechanische Provokation von lange bestehenden erythematösen Efflorescenzen; durch eine Idiosynkrasie gegen Arsen. Histologische Untersuchungen konnten an einem exzidierten Stückchen vorgenommen werden, die Autopsie wurde nicht gestattet.

8. **Zur Frage der Ätiologie der Impetigo herpetiformis**, von Oskar Scheuer-Wien. Kritische Besprechung der verschiedenen zur Erklärung der Impetigo herpetiformis aufgestellten Theorien; spezielles Eingehen auf die Theorie der Intoxikation durch ein in der Plazenta erzeugtes Gift. Verfasser formuliert seine Ansicht über die „plazentare Theorie" in folgender Weise: 1. Die Plazenta ist Ausgangspunkt der Erkrankung. 2. Die von der Plazenta gebildeten, dem mütterlichen Organismus schädigenden Stoffe sind an das Eiweifs gebundene Fermente oder Toxine. 3. Das Impetigo herpetiformis-Gift hat zwei Komponenten: eine nervenschädigende und eine allgemein toxische.

9. **Zur Kenntnis der gummösen Lymphome**, von Hugo Fasal-Wien. Bericht über vier Fälle; in dreien war der Wassermann positiv. Histologische Untersuchung konnte in zwei Fällen vorgenommen werden, Spirochäten wurden nicht gefunden.

10. **Über Verbrennungen und Verbrennungstod**, von Th. Spietschka. Fortsetzung und Schlufs. Aus dem Material, das in grofsen Tabellen mitgeteilt wird, geht ohne weiteres hervor, dafs die Zeitdauer von der Verbrennung bis zum Eintritt des Verbrennungstodes von der Ausdehnung und dem Grade der Verbrennung abhängt; ferner, dafs der Tod unter schweren Allgemeinerscheinungen erfolgt, die von einer Autointoxikation resultieren. Eine grofsere Reihe von Tierversuchen hat ferner gezeigt, dafs die in den verbrannten Geweben entstehenden Giftstoffe durch die Niere ausgeschieden werden, dafs der Harn Schwerverbrannter bei Tieren giftig wirkt.

W. Lehmann-Stettin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1910. Heft 8 u. 9.

Proliferierende Epidermiscysten, von W. Dubreuilh und L. Tribondeau. Die Verfasser kommen auf Grund der Literatur und eigener Untersuchungen zu dem Ergebnis, dafs die Hautatherome imstande sind, sich zu vervielfältigen; es entstehen dann weitere, kleine Cysten in nächster Nähe der ursprünglichen. Sie nennen solche Atherome Cystes oder Loupes prolifères und berichten über vier eigene Beobachtungen, in denen zu einem primären Atherom sich eines oder mehrere andere hinzugesellten. Durch eingehende histologische Untersuchungen, die sie an operierten Geschwülsten vornahmen, konnten sie die Entwicklung und das Wachstum der jungen Cysten genau verfolgen und bringen es in einer gröfseren Reihe von Abbildungen zu anschaulicher Darstellung. Dadurch, dafs bisweilen aus allen Teilen der Atheromwand neue kleine Cysten heraussprossen, entstehen multilokuläre Tumoren von eigentümlichen, bizarren Formen. Auch einen solchen Tumor beschreiben die Verfasser nach eigener Beobachtung.

Polyneuritis syphilitica, von L. M. Bonnet und Laurent. Bei einem Matrosen, der ein starker Trinker war, entwickelte sich, fünf Jahre nach Erwerb seiner Syphilis, eine Polyneuritis aller vier Extremitäten; die Gliedmafsen waren gleichzeitig Sitz eines Syphilids. Da die Polyneuritis nach Einleitung einer energischen spezifischen Behandlung — jeden zweiten Tag 0,02 Quecksilberjodid subkutan — rasch ausheilte, und da Patient seit drei Monaten keinen Alkohol genossen hatte, so nehmen die Verfasser an, dafs sie es mit einer wirklichen Polyneuritis syphilitica zu tun hatten. Das Vorkommen einer Polyneuritis auf syphilitischer Grundlage wird noch vielfach geleugnet, und so sehen sie sich veranlafst, in eine längere Besprechung des Gegenstandes einzutreten, und die einschlägige Literatur herbeizutragen. Ihre Beweisführung zugunsten des neuen Typus scheint zwingend, und die gegnerischen Einwände wissen sie geschickt abzuweisen. Zum Schlufs stellen sie die Symptomatologie der Poly-

neuritis syphilitica zusammen. Sie tritt gewöhnlich während der ersten sechs Monate nach Erwerb der Syphilis auf und erscheint meistens mit anderen deutlich sekundären Symptomen. Sie gehört somit, wie auch die Meningitis, zu den frühen Zufällen der Syphilis. Wenn sie in dem von den Verfassern berichteten Fall erst fünf Jahre nach der Ansteckung auftrat, so lag das wohl daran, daſs die Syphilis hier ihre volle Frische und Virulenz bewahrt hatte; tatsächlich bestand zu gleicher Zeit ein Ausschlag, wie er dem Sekundärstadium einer malignen Syphilis eigen ist. — Hervorzuheben ist, daſs die Polyneuritis syphilitica sich klinisch dadurch von den andern Formen der Polyneuritis auszeichnen soll, daſs sie die Oberextremitäten früher und stärker befällt als die untern.

Über einen Fall von Trichosporie, von Ch. Du Bois. Die Trichosporie ist eine in Europa seltene Krankheit; in Amerika ist sie häufig und wird dort „Piedra" genannt. Ihr Erreger, der Trichosporon, ist ein kryptogamer Pilz und wächst, entgegen dem Sporotrichon, nur auf dem freien Ende des Haars, das er in eine Scheide einhüllt, greift aber niemals den Haarfollikel an; es kommt daher bei der Trichosporie auch niemals zum Haarausfall.

Von der Gattung des Trichosporon sind bis jetzt erst vier Arten bekannt: das Tr. giganteum, das Tr. ovoides, das Tr. ovale und das Tr. Beigeli; sie alle wurden nur im Haupt- und Barthaar beobachtet.

In dem Fall, von dem diese Arbeit ausgeht, scheint es sich um eine fünfte Art des Pilzes zu handeln. Hier waren bei einer Frau die Genitalhaare befallen und gewährten den Anblick einer Trichorrhexis nodosa. Auffällig war, daſs nur die vom Urin bespülten Haare erkrankt waren, während die der Pubes ganz gesund blieben. Das hatte, wie sich später herausstellte, seinen Grund darin, daſs der Pilz nur in einem zuckerhaltigen Medium wuchs, die Frau aber leicht zuckerkrank war.

Der Pilz wuchs teils in Form einer Scheide, teils in Form von Ringen um die Haare; in diesem zweiten Fall kam dann das Aussehen der Trichorrhexis nodosa zustande. Er kam immer nur in Symbiose mit einem kleinen Coccus vor, von dem er sich nur schwer trennen lieſs, und über dessen Bedeutung noch nichts Erschöpfendes gesagt werden kann. Der Pilz wächst, je nachdem der Nährboden Zucker- oder N.-haltig ist, in zwei verschiedenen Formen, die der Verfasser als „forme levure" und „forme myzélienne" unterscheidet. Im Gegensatz zu den anderen Arten des Trichosporon dringt er auch in das Haar selber ein, fasert es auf und macht es brüchig. Seine Übertragung auf Tiere ist bis jetzt noch nicht geglückt. Verfasser schlägt vor, es „Trichosporon glycophile" zu nennen. *Türkheim-Hamburg*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1910. Heft 3.

Drei Fälle von papulösem Syphilid, aussehend wie Psoriasis, von Scaduto. Im ersten Falle hatte sich das psoriasiforme Aussehen entwickelt als Folge einer andauernden Applikation von reizenden Medikamenten, im zweiten Falle hatte sich eine Psoriasisefflorenszenz direkt in eine Papel verwandelt, im dritten Falle handelte es sich um jene seltene Form, die Fournier als Syphiloderma psoriasiforme bezeichnet hat.

Labyrinthitis bilateralis durch Syphilis acquisita, von Tuccio. Es handelt sich um einen Fall von Labyrinthsyphilis mit absoluter, beiderseitiger Taubheit, die trotz einer energischen Behandlung mit Kalomelinjektionen und Jodkalium keine Besserung zeigte. Verfasser betont die schlechte Prognose dieser Erkrankung trotz rechtzeitiger spezifischer Behandlung.

Ein Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid des Gesichts (Folliklis), von PAPPAGALLO. Die Affektion war bei dem sonst gesunden Patienten lokalisiert fast ausschließlich im Gesicht mit Bevorzugung der regio zygomatica, Stirn und Kinn, bestand aus kleinen papulösen Erhebungen verschiedener Größe, von rötlich-gelber bis weinroter Farbe, von harter Konsistenz; auf Glasdruck erbleichen sie gleichmäßig. Bei einigen läßt sich bei genauer Beobachtung eine zentrale Degeneration konstatieren, sie ähneln dann etwas Akneknötchen und haben eine zentrale, gelblich-braune Schuppe. Es besteht keine Tendenz zu konfluieren, und eine gewisse symmetrische und figürliche Anordnung. Vereinzelte solcher Knötchen finden sich auch auf dem Kopf und auf dem Rücken. Während der Beobachtungszeit kam es hin und wieder zu neuen Schüben. Cutis- und subcutane Tuberkulinreaktion negativ, ebenso WASSERMANN und Tierversuch. Histologisch kleinzellige Infiltration, Gefäßveränderungen, aber keine Nekrose oder Verkäsung, was im entferntesten an Tuberkulose erinnern könnte. Es handelt sich also um ein Tuberkulid, nicht um Tuberkulose. Therapeutisch wurden mit gutem Erfolge Tuberkulininjektionen gemacht, Verschwinden der papulösen Elemente, sehr schnelle Entwicklung mit Ausgang in Narbenbildung bei denen, die schon zentrale Degeneration zeigten. Zugleich hob sich das Körpergewicht des Patienten.

Ein Fall von Keratosis follicularis, von BOTTELI. Die Krankheit wurde bei einem 17jährigen Manne beobachtet. Die Keratosis follicularis spinulosa, um welche es sich handelt, befällt nur das jugendliche Alter, besonders das männliche Geschlecht. Sie entwickelt sich bei Individuen mit guter Konstitution, bisweilen rapide, machmal schleichend, ohne subjektive Beschwerden. Das Hauptsymptom ist das Auftreten von kleinen papulösen Erhebungen mit Produktion von Hornmassen in Korrespondenz mit den Haarfollikeln. Die übrige Haut ist im allgemeinen normal oder leicht gerötet. Alle Regionen des Körpers können befallen sein, bevorzugt sind Hals, Streckseite der Arme und Beine. Die Ätiologie ist unbekannt. Histologisch findet sich eine Hyperkeratose des Follikels begleitet von einer geringen perifollikulären Infiltration. Ähnliche Dermatosen sind der Lichen scrophulosorum, Lichen planus acuminatus, Pityriasis ruber pilaris, Keratosis pilaris communis, Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE und einige Formen von Ichthyosis.

Über das Xanthoma juvenile, von BIZZOZERO. Bei dem zehn Monate alten Kinde waren die Xanthomflecken über den ganzen Körper verteilt, von hellgelber bis zu dunkelvioletter Färbung. Der histologische Befund wird genau beschrieben von zwei exzidierten Stücken, das eine aus der Schultergegend von gelblicher, das andere aus der Hüftgegend von rot-violetter Färbung. Beiden gemeinsam war ein zartes, retikuläres Bindegewebe mit bald mehr, bald weniger Zwischenwänden aus dichtem Bindegewebe, zahlreiche Xanthomzellen in den tieferen Schichten zerstreut, Riesenzellen mit zahlreichen Kernen an der Peripherie, mehr oder weniger große Haufen von Xanthomsubstanz, entweder zerstreut zwischen den Bindegewebsbündeln, oder längs der Haarfollikel und Schweißdrüsenausführungsgänge, aber besonders längs der Blutgefäße, speziell im Stratum papillare und subpapillare. Als Unterschied zwischen den beiden fand sich bei dem Hüftstück eine bedeutend größere Menge von Blutgefäßen — daher die violette Färbung — eine retikulierende Degeneration (UNNA) im Stratum lucidum bei dem Schulterstück, in einer größeren Zerstörung von Elementen und Bildung freier Xanthommassen bei dem aus der Schulter als bei dem aus der Hüfte entnommenen Stück.

Über einen Fall von ulcerierender Hauttuberkulose nach einem Trauma des Calcaneus mit tuberkulöser Adenitis inguinalis, von COPPOLINO. Es handelt sich um eine echte tuberkulöse Infektion bei einem 21jährigen Patienten, der gewohnt

war, mit nackten Füfsen zu gehen. Auffallend ist die unmittelbar eingetretene Leistendrüsenentzündung, auch rein tuberkulöser Natur. Die Behandlung war eine chirurgische mit Ausgang in Heilung.

Die Blutleere in der Finsentherapie, von Bellini. Verfasser beschreibt ein neues Kompressorium, das ohne Bedienung benutzt werden kann. Drei Abbildungen im Original. Hersteller Balzarini, Milano, Piazza S. Nazaro.

Einige Beobachtungen über die Technik der Finsen-Reyn-Lampe, von Sensini. Modifikation der Lampe in der Weise, dafs die obere Kohle in der Richtung der Verlängerung der optischen Achse des Konzentrierungstubus steht.

Haas-Hamburg.

Actas dermo-sifiliograficas.

1910. Nr. 4.

Verhandlungen der spanischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie.

Sitzung vom 7. April 1910.

Alopecia areata im Anschlufs an eine Polyneuritis paludischen Ursprungs, von Valoquia-Mexico. Bei einem 23jährigen Malariakranken trat eine Polyneuritis auf, die sich durch Lähmung von Armen und Beinen und sehr heftigen Schmerzen im Kopf und den Extremitäten dokumentierte. Zugleich kam eine progressive Muskelatrophie hinzu. Nach sechs Wochen ging der Fall in Heilung über. Es erschienen aber typische Flecken von Alopecia areata am Kopfe.

Nephritis syphilitica und Nephritis bei Syphilitikern, von J. Monall und J. S. Covisa. Mitteilung von drei Krankengeschichten. Im ersten Fall handelte es sich um einen Syphilitiker mit einer Nephritis, die in keinem Zusammenhang mit der Syphilis stand. Eine eingeleitete Quecksilberkur verschlimmerte dieselbe. Der zweite Fall betraf eine spezifische Nephritis bei einem Syphilitiker, wo jede andere Ätiologie auszuschliefsen war. Hier bestätigte der Erfolg der Hg-Therapie die Diagnose. Im dritten Fall handelte es sich um eine larvierte Form von Nierensyphilis. Man glaubte anfangs an eine nicht spezifische Nephritis, bis der Erfolg der Hg-Therapie das Gegenteil bewies. Der Kranke starb wenige Monate später an akuter Peritonealtuberkulose.

Polymorphes Erythem behandelt mit Hochfrequenzströmen, von Blanco y Grande. Nach 12 bis 14 Sitzungen Heilung. Die Autoren geben zu, dafs mit pharmakologischer Therapie ein gleiches Resultat hätte erzielt werden können.

Lipomatosis multiplex, symmetrica, dolorosa, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die 51jährige Patientin litt an Aortenstenose luetischen Ursprungs mit positiver Wassermannscher Reaktion. Die Tumoren, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung als reine Lipome erwiesen, hatten sich im 49. Lebensjahre gebildet. Sie waren bis nufsgrofs, 24 an der Zahl, über den ganzen Körper zerstreut und sowohl spontan als auf Druck schmerzhaft. Aufserdem fanden sich an den Beinen der sowieso schon sehr fetten Frau Inseln von diffuser Lipomatose, die nicht schmerzhaft waren.

Erythrodermia generalisata scarlatiniformis nach Einreibungen mit grauer Salbe. Lokales Erythem nach Waschung mit Sublimat, von J. de Azúa. Fall von enormer Überempfindlichkeit der Haut gegenüber Quecksilber.

Recklinghausensche Krankheit. Anormale und inkomplete Form, von E. Oyarzábal. Achtjähriges Mädchen, in dessen Familie kein ähnlicher Fall vorgekommen war. Das Mädchen wies am ganzen Körper, aufser im Gesicht, flache, graue Pigmentationen auf, aufserdem eine Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln, eine Retinitis links, an beiden Achseln einen leichten ichthyosiformen Zustand, ferner eine geistige Schwäche, besonders moralischer Art, aber keine Knoten, weder Ulcerome

noch Fibrome. — In der Diskussion bestreitet SAMPELAYO, dafs es sich um Neurofibromatose handelt.

Sarkomatöse Degeneration eines Angioms, von P. M. HUALDE. Nichts Besonderes.

Impetigo ulcerosa bei einem Neugeborenen (Typus: tiefes Ecthyma infantile), von OYARZÁBAL. Fieberhafte Schübe von sich peripher ausdehnenden Phlyktaenen, die unter Narbenbildung heilen.

Sitzung vom 4. Mai 1910.

Syphilitischer Schanker der Oberlippe und des Zahnfleisches, von E. ALVAREZ SÁINZ DE AJA. Der Schanker des Zahnfleisches war zehn bis zwölf Tage nach Auftreten des Lippenschankers durch Autoinokulation entstanden.

WEBER- und BENEDIKTscher Symptomenkomplex vereint bei einem Syphilitiker, von FERNÁNDEZ CRIADO. Mitteilung eines Falles von Hirnsyphilis: Paralyse der rechten Körperseite, Facialisparalyse links und Augenmuskellähmung links (Paralysis alternans WEBER). Auf der anderen Körperseite war nur Parese und Tremor der Extremitäten vorhanden.

Ein Fall von multipler, arterieller Hirnsyphilis, sogenannter Pseudoparalyse, von J. S. COVISA. Rechtsseitige Hemiparese mit Intentionstremor, Verstärkung aller Sehnenreflexe, Pupillendifferenz und Fehlen der Reaktion, Verminderung des Gedächtnisses, der Sprache, der Schreibfähigkeit und des Intellekts waren die bei dem 48jährigen Kranken beobachteten Symptome.

Behandlung des Ekzems mit Umschlägen von Pikrinsäure (1:300), von A. HERNANDEZ. Die Behandlung war nur von Erfolg gekrönt, wenn es sich um Ekzeme, die frei von Mischinfektionen waren, handelte.

Behandlung eines Falles von postskabiösem Pruritus mit Röntgenstrahlen, Heilung, von JUAN DE AZÚA. Der Erfolg trat nach neun Bestrahlungen ein.

Arteriitis obliterans mit Gangrän der Zehen beider Füfse: NOESSKEsche Operation. Heilung, von E. ALVAREZ SÁINZ DE AJA. Mitteilung eines zweiten Falles aus der Klinik Azúas. Es handelte sich wie beim ersten in einem vorhergehenden Hefte mitgeteilten um eine syphilitische Obstruktion der Arterien. Am linken Fufs wurde durch die nach der NOESSKEschen Methode vorgenommenen tiefen Inzisionen eine vollkommene Heilung erzielt, während am nicht operierten rechten Fufs die Gangrän weitere Fortschritte machte.

Seborrhoe. Polymorphe Akne, Typus Comedo, sehr ausgedehnt im Gesicht und am Stamm. Gruppe von Talgcysten in der Prästernalregion in Kettenform mit einzelnen daraus hervorgegangenen Narben, von J. H. SAMPELAYO. Nichts Besonderes.

Serodiagnose der Syphilis. Methode mit antihumanem Amboceptor und menschlichem Komplement, von JUAN DE AZÚA. Die Methode unterscheidet sich von derjenigen von TSCHERNOGUBOW dadurch, dafs nicht das Blut, sondern das Serum zur Diagnose verwandt wird, von derjenigen von NOGUCHI dadurch, dafs menschliches Komplement an Stelle von Meerschweinchenkomplement tritt. *Gunsett-Strafsburg.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XX. Juli 1910.

I. **Ein Fall von wucherndem Ausschlag infolge von Bromgebrauch (Exanthema vegetans ex usu Bromi)**, von PROSKURJAKOW. Verfasser resumiert seine Ansicht über das Bromoderma nodosum s. tuberosum vegetans in folgenden Sätzen:

1. Für die Diagnose ist von allem der Beweis zu erbringen, daſs mehr oder weniger lange Zeit hindurch Brom in verhältnismäſsig groſsen Mengen gebraucht worden ist.

2. Der Ausschlag selbst nimmt einen chronischen Verlauf.

3. Der Ausschlag neigt zu einer symmetrischen Anordnung.

4. Der Ausschlag betrifft vorwiegend die Streckseiten.

5. Der Ausschlag ist polymorph.

6. Der Ausschlag ist oberflächlich.

7. Die charakteristischen Kennzeichen der höckrigen Wucherungen sind: weiche, teigartige Konsistenz, feuchte, ein wenig körnige Oberfläche, Neigung zu peripherem Wachstum und zur Konfluenz, entzündlicher und schmerzhafter Hof um die höckrige Bildung.

8. Alle Erscheinungen verschwinden nach Aussetzen des Broms.

II. **Zur Frage des larvierten Schankers,** von Tschumakow. Unter 44 Fällen von weichem Schanker hat Verfasser vier solche von sogenanntem Chancer larvé, d. h. mit Sitz des Ulcus in der Fossa navicularis urethrae gesehen, welche er näher beschreibt.

III. **Über das neue Arsenpräparat Prof. Ehrlichs,** von Hefter. Ein Sammelreferat.

IV. **Ein Fall von Vulvo-vaginitis bei einem fünfjährigen Mädchen, geheilt durch Wismutvaselin,** von Steshinski. Heilung eines hartnäckigen Falles von blennorrhoischer Vulvo-vaginitis durch eine Salbe aus Bismuthum subnitr. mit Vaselin (1 : 2), welche mittels einer Spritze durch einen feinen Nelaton-Katheter injiziert wurde. *Arthur Jordan-Moskau.*

Folia urologica.

Bd. V. Nr. 3. August 1910.

1. **Drei Fälle von verschiedenen Nierenaffektionen mit Cystenbildung,** von Leonardo Dominici-Rom. In drei Nieren, die durch Nephrektomie entfernt worden waren, fanden sich Cysten: Im ersten Falle handelte es sich um eine echte polycystische Niere, im zweiten um ein Sarkom mit polymorphen diffusen Zellen, im dritten um eine „diathetische“ Nephritis. Eingehende Untersuchungen über Histologie und Pathogenese.

2. **Zur Frage der Behandlung mit Antigonokokkenserum,** von N. Leschnew-St. Petersburg. L. hat an sich selbst Injektionen mit Antigonokokkenserum vorgenommen, um die Allgemeinwirkung und Folgeerscheinungen zu studieren. Er hat dann an einer Reihe von Fällen die Behandlung mit dem Serum versucht; in 15 Fällen von akuter Urethritis hat er zwar keine Abkürzung des Verlaufs erreichen können, wohl aber sind sämtliche Fälle ohne Komplikationen verlaufen. In weiteren 25 Fällen, bei denen der blennorrhoische Prozeſs entweder auf die benachbarten Organe übergegangen war oder eine Reihe von metastatischen Herden gebildet hatte, war durchweg eine günstige Beeinflussung zu konstatieren; Nebenerscheinungen wurden nur wenige beobachtet. Trotzdem Verfasser in einer Reihe von Fällen chronischer Urethritis ein Verschwinden der Gonokokken schon nach fünf bis acht Injektionen gesehen hat, geht aus der ganzen Arbeit doch hervor, daſs in erster Linie blennorrhoische Arthritis günstig beeinfluſst wird, wie das auch in einer Reihe anderer Arbeiten der letzten Zeit betont worden ist.

3. **Ein Beitrag zur Kenntnis des primären paranephritischen Abscesses verursacht durch Gonokokken,** von Tetsuo Miyata-Tokio. Bei einem plötzlich

mit Schüttelfrösten erkrankten Individuum, bei dem sich die Schmerzen in der linken Hüftgegend lokalisierten, ergab die Probepunktion in der Höhe der untersten Rippen Eiter mit Gonokokken. Die angeschlossene Operation führte zur Eröffnung eines paranephritischen Abscesses, der reichlich intrazelluläre Gonokokken enthielt. Heilung.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Die Transvestiten. Ein Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem kasuistischen und historischen Material, von Magnus Hirschfeld-Berlin. (Berlin W. 30. 1910. Alfred Pulvermacher & Co.) Unter Transvestiten versteht H. Personen, die von dem heftigen Drang beseelt sind, in der Kleidung desjenigen Geschöpfes zu leben, dem sie ihrem Körperbau nach nicht angehören; und zwar handelt es sich hierbei um Personen, bei denen die Art des Kostüms nicht die beliebige Äufserung einer willkürlichen Laune ist, sondern als Ausdrucksform der inneren Persönlichkeit, als Zeichen ihrer Sinnesart zu gelten hat. Bei dieser Definition schliefst H. sexuelle Motive aus, es handelt sich also nicht um eine Form homosexueller Betätigung; die Betreffenden sind durchweg heterosexuell, nur findet sich im Körper des einen Geschlechts die Psyche des anderen. Verfasser bringt reiches kasuistisches Material in aller Ausführlichkeit und analysiert den Symptomenkomplex im einzelnen. Differential-diagnostisch wird dabei auf die Momente eingegangen, die den „Geschlechtsverkleidungstrieb“ trennen von Homosexualität, Monosexualität, Fetischismus, Masochismus, Zwangsvorstellung und wirklicher Paranoia (Geschlechtsverwandlungswahn). In sehr interessanter Weise verbreitet sich H. fernerhin über die Beziehungen der Geschlechtsverkleidung zu Religion, Gesetz und Sitte; aus der Geschichte und Literatur wird umfangreiches Material besprochen, soweit es in Beziehungen zum Thema steht. Dabei ist ein starker Band von 562 Seiten entstanden, der in der Art der Darstellung und der scharf kritischen Beurteilung aufserordentlich lesenswert ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen, von M. Oberländer-Dresden und A. Kollmann-Leipzig. (Zweite Auflage. Georg Thieme-Leipzig. 1910.)

Auch in der neuen Auflage sind die Verfasser ihren Bestrebungen treu geblieben, nicht ein alle Ansichten besonders in therapeutischer Beziehung umfassendes Lehrbuch herauszugeben, sondern vor allem wollen sie ihre eigenen Erfahrungen schildern und nur „eine bestimmte Methode beschreiben, nämlich die, welche sich ihnen selbst bewährt hat.“ Schon in der Therapie der akuten und subakuten Blennorrhoe gehen die Autoren eigene Wege. Bekannt ist ihr ablehnender Standpunkt der jetzt am verbreitetsten bakteriziden Therapie gegenüber. Am besten kennzeichnet sich die Ansicht der Verfasser über diesen Punkt aus folgendem Passus: „Wir sind weit davon entfernt, die Bedeutung des Gonococcus zu unterschätzen; nur haben wir und mit uns eine grofse Anzahl von Urologen eingesehen, dafs die bakterizide Richtung der Blennorrhoetherapie die auf sie gesetzten Hoffnungen keineswegs ganz erfüllt hat.“ Es ist nicht unmöglich, hier im Detail auf die von den Autoren geübte Therapie einzugehen, welche im wesentlichen neben der internen Therapie in adstringierenden Einspritzungen und Spülungen besteht, zu welchen erst spät — nach fünf bis sechs

Wochen — und auch dann nur alle 48—72 Stunden, Injektionen von Silbersalzen (ausschliefslich Argentum nitricum und seltener Albargin) hinzukommen. Die Verfasser wollen zwar niemandem streitig machen, „dafs er mit anderen Mitteln und Methoden nicht ebenfalls befriedigende Resultate zu erreichen imstande ist.“ Sie glauben aber, dafs die von ihnen geübte Art der Therapie hervorragende Vorteile hat, „die darin bestehen, dafs die akuten Fälle schneller heilen, dafs daraus höchst selten chronische Zustände resultieren und dafs die wirklich chronisch werdenden dadurch am besten für die von ihnen geübten instrumentelle Behandlung vorbereitet werden können.“ Dieser instrumentellen Therapie ist der gröfste Teil des vorliegenden Buches gewidmet. Sie läfst sich in die Worte zusammenfassen: Aufsuchung, Lokalisierung und Diagnose der Schleimhautveränderungen vermittels des Urethroskopes und Behandlung derselben mit Dehnapparaten. Die Aufsuchung und Bekämpfung des Gonococcus spielt dabei keine ausschliefsliche Rolle. „Bei der Therapie der chronischen Blennorrhoe lassen wir uns weniger durch die An- und Abwesenheit des Gonococcus leiten, als vielmehr durch die An- oder Abwesenheit bestimmter, charakteristischer Schleimhautveränderungen. Allerdings sind diese bestimmten pathologischen Veränderungen an das Vorkommen von Gonokokken gebunden; es ist aber absolut irrig, zu glauben, dafs sie in dem Sekret dieser Stellen auch jederzeit konstatierbar sein müssen.“

Nichtsdestoweniger spielt aber doch die Aufsuchung des Gonococcus eine wichtige Rolle: „vor allem dürfen diese Untersuchungen nicht unterlassen werden, wenn es sich um die Entscheidung einer wichtigen Frage (Entlassung aus der Behandlung, Ehekonsens, usw.) handelt.“ Es geht daraus hervor, dafs auch für O. und K. das urethroskopische Bild allein nicht mafsgebend ist.

Interessant ist auch die Ansicht, welche die Autoren hinsichtlich der Blennorrhoe des Weibes vertreten. Sie halten „alle Erkrankungen der weiblichen Harnröhre, deren Infektionsquelle ihnen als akut oder chronisch-blennorrhoisch bekannt ist, ebenfalls für blennorrhoisch, gleichgültig, ob die dabei vorgenommenen Sekretuntersuchungen positive Gonokokkenbefunde ergeben oder nicht.“ Therapeutisch kommt ebenfalls die Dilatationsbehandlung in Betracht und ist „namentlich dann erfolgreich, wenn es sich um endoskopisch nachweisbare stärkere Harnröhren- und Blasenschleimhautaffektionen handelt“.

Bemerkenswert ist aufserdem noch der Hinweis der Autoren auf die Bedeutung von alten, in der Prostata gelegenen infektiösen Herden, welche besonders in Hinsicht auf gewisse aus ihnen resultierende Nierenerkrankungen zurzeit noch sehr unterschätzt wird.

Um auch den neuen Arbeiten auf dem Gebiete der Urologie gerecht zu werden, haben die Verfasser Beiträge verschiedener anderer Autoren in die neue Auflage aufgenommen. So findet sich ein Artikel von Goldschmidt-Berlin über seine Irrigations-Urethroskopie, ein anderer von Lohnstein über urethroskopische Operationsinstrumente für Kürettement und Galvanokaustik. Scharff-Stettin steuerte einen Artikel über Behandlung der Prostatitis bei.

Die Details der Therapie sind sehr genau und anschaulich geschildert, sowohl was die Instrumentenlehre als die allgemeinen Angaben über deren Handhabung anbetrifft. Auch die spezielle Therapie der einzelnen Krankheitsformen ist mit grofser Sorgfalt behandelt und durch eine grofse Anzahl von Krankengeschichten illustriert. Den Schlufs bilden einige wohlgelungene Tafeln mit photographischen und farbigen Reproduktionen von urethroskopischen Bildern. *Gunsett-Strafsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Über die Chininbehandlung des Pemphigus, von R. BERGRATH-Würzburg. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 1.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von Pemphigus, von denen der eine, eine 48jährige Bauersfrau betreffend, deutliche Läsionen des Pemphigus vegetans darbot. Beide gingen bei konsequent fortgesetzter Darreichung von Chinin bis zu 1,5 und 2,0 pro die in refracta dosi in vollständige Genesung über. Auffällig ist jedenfalls neben dem günstigen Verlauf der Krankheit die ungewöhnliche Toleranz der Kranken dem längeren Gebrauch von hohen Chinindosen gegenüber.

Im Anschlufs an diese Mitteilung berichten LEIBKIND und E. KUZNITZKY über je einen Fall von Pemphigus, bei denen der internen Darreichung von Chininum muriaticum in Tagesdosen bis 2 g entschieden eine günstige Wirkung zuzuschreiben war. Bei Beginn der Chinindarreichung trat zwar noch eine Verschlimmerung ein, die aber bald vorüberging. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pemphigus neonatorum in einer Hebammenpraxis, von MARGARET M. SMITH-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Im Laufe von etwa vier Wochen erkrankten vier Kinder in der Klientenschaft einer Hebamme an akutem Pemphigus, der in drei Fällen tödlich verlief. Die Mütter blieben in allen Fällen gesund. Nach gründlichen Desinfektionsmafsregeln, die Hebamme betreffend, erfolgten keine weiteren Erkrankungen. Eine bakteriologische Untersuchung, welche allerdings nur in beschränkter Weise ausgeführt werden konnte, ergab in dem einen Falle das Vorhandensein von Streptokokken und bei zwei anderen Staphylococcus pyogenes aureus, dem keinerlei spezifische Bedeutung beizumessen war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die wirksame Pompholyxbehandlung, von GEORGE EDWARD BARNES-New York. *New York med. Journ.* 5. März 1909.) Die erste Bedingung dieser Behandlung ist für B., die Bläschen, welche nur selten spontan sich öffnen, dadurch zum Platzen zu bringen, dafs man mit dem Rücken des Messers über die erkrankte Hautfläche unter genügendem Druck fährt; dann wird mit sterilem Wasser und Seife alles anhaftende Serum entfernt und schliefslich ein trockener steriler Verband angelegt. Neu auftretende Bläschen müssen in derselben Weise behandelt werden. Nach wenigen Tagen werden die betroffenen Hautstellen von einer dicken, pergamentartigen Schicht überzogen, deren Abheilung durch Salbenbehandlung beschleunigt werden mufs. Neben der lokalen hält B. auch die allgemein stimulierende (besonders mit Natrium-Glycerophosphat) Behandlung für notwendig, da Pompholyx zweifellos auf einer Affektion des Nervensystems beruhe. *Stern-München.*

Ist das Chalazion eine Akne? von TH. BURI-Basel. (*Beitr. z. Augenheilkde.* 1909. 74. Heft.) Nach TERSON gleicht das Chalazion am meisten dem gewöhnlichen Wundgranulom. SABRAZÈS und LAFOND fanden mit Hilfe der UNNAschen Färbemethoden ziemlich alle Zellformen, die man in Granulationsgeweben nachweisen kann. TERSON stellte an UNNA die Frage, ob er das Chalazion für eine Akne der MEIBOMschen Drüse halte oder nicht, welche in der vorliegenden Arbeit aus dem UNNAschen Laboratorium ihre Beantwortung findet.

Es wurden neun Fälle untersucht, von denen zwei eine Untersuchung des ganzen Gebildes zuliefsen. Die entzündliche Geschwulst war in allen Fällen gleichartig gebaut und wird definiert als: Ein im lockeren Bindegewebe hinter dem Tarsus und oberhalb des Fornix entstehendes Plasmom, welches eine Neigung besitzt, im Inneren ödematös zu erweichen. Es fehlen alle drüsigen Elemente, auch Fremdkörperriesenzellen und Mastzellen. Im Gegensatz zu den früheren Autoren fand Buri keine notwendige Beziehung zwischen der Geschwulst und den Meibomschen Drüsen. Die entzündliche Geschwulst ist hinter der Drüse lokalisiert und es wird vermutet, dafs dieselbe entweder gar nicht oder nur von hinten her, zuerst am Fundusteil in Mitleidenschaft gezogen wird. Der primäre Sitz- und Ausgangspunkt ist die Region des Fornix mit Drüsen, worauf in einheitlicher Weise das dahinterliegende lockere Bindegewebe in der Form des Chalazion erkrankt. Autor kommt also zu dem Schlufs, dafs Akne und Chalazion zwei ganz verschiedene Affektionen der Haut sind.

Arthur-Schucht-Danzig.

Ein Fall von chronischem Ekzem der Hände. (Zur Frage des Ursprungs, des klinischen Bildes und der Therapie dieser Krankheit), von Poltowitsch. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 14 und 15.) Verfasser beschreibt die Beobachtung eines, wie die photographische Abbildung zeigt, sehr schweren, 13 Jahre bestehenden, chronischen Ekzems der Hände bei einem 48jährigen Chirurgen. Als Ursache des Ekzems sieht Verfasser, aufser den täglichen, beruflichen Waschungen mit Sublimat, noch Störungen des Stoffwechsels bei dem zu Arthritis disponierenden Kranken an. Nach jahrelangen, vergeblichen therapeutischen Mafsnahmen mit den verschiedensten Salben trat endlich durch allgemeine Schwefelbäder in Reinerz Halbbäder von Meerwasser, lokale faradische Bäder und Übersiedelung aufs Land eine bedeutende Besserung des Leidens ein. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Psoriasis, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 50.) Kurze Beschreibung der Psoriasis, die G. kurzweg als unheilbar bezeichnet. Der erste Ausbruch der Krankheit wird hervorgerufen durch den Eintritt der Pubertät, durch Gravidität, Nervenchok, Aufregungen, Traumen, Reizung der Haut durch Reiben, Diätfehler, Weingenufs, durch Kälte bei den einen, durch Hitze bei den anderen usw. Die akute Form der Psoriasis tritt disseminiert unter dem Bilde einer skarlatiniformen Schuppung auf und läfst sich zuweilen durch Ruhe, Bäder usw. zum Verschwinden bringen; in anderen Fällen persistiert sie und kann sich in eine chronische Pityriasis rubra umwandeln. *Götz-München.*

Ein Fall von Einwirkung von Masern auf Psoriasis vulgaris, von Rubens-Gelsenkirchen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 3.) Bei einem 28jährigen Arbeiter, der seit 13 Jahren an einer über die ganze Körperoberfläche ausgebreiteten Psoriasis litt, fielen drei Tage nach dem Beginne einer Masernerkrankung sämtliche Schuppen ab; in den zwei Monaten, die seitdem vergangen sind, ist die Psoriasis nicht wieder zum Vorschein gekommen. Eine sichere Erklärung des Vorgangs vermag R. nicht zu geben. *Götz-München.*

Die Behandlung der Psoriasis, von E. G. Graham Little-London. (*Lancet.* 26. März 1910.) Schildert in Detail die gebräuchlichen Behandlungsarten, namentlich in bezug auf Chrysarobin, Teer, Salicyl, Arsenik, Kalomel usw.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Pityriasis capitis und ihre Bedeutung für den Haarausfall. Vortrag, gehalten im Fortbildungskurse für die Ärzte von Frankfurt a. M., von Karl Herxheimer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) H. betrachtet die Pityriasis capitis als eine zumeist chronisch verlaufende, wohl charakterisierte Krankheit, die in einer

Entzündung der Haut mit allmählich auftretender Schuppenbildung und mit Haarausfall besteht und mit einer wenn auch ganz oberflächlichen Atrophie der Haut endigt. Die Entzündung der Haut manifestiert sich durch eine mehr oder weniger starke Rötung, auch bei der histologischen Untersuchung finden sich die Zeichen einer Entzündung; im vorgerückten Stadium allerdings schwinden die entzündlichen Infiltrate, man trifft dann verödete Haarbälge und eine deutliche Atrophie der Parenchymhaut. Die Affektion etabliert sich mit Vorliebe auf stark schwitzenden Köpfen; vielleicht ist die saure Reaktion des Schweifses, der auf der horizontalen Fläche des Kopfes nicht abfliefsen kann, sondern eintrocknet, für das Zustandekommen der Krankheit und speziell ihres auffallendsten Symptoms, des Haarausfalls, von Bedeutung. Von Komplikationen sind Ekzem und Follikulitis zu nennen, in einzelnen Fällen hat H. multiple Warzenbildung und Molluscum contagiosum disseminatum beobachtet; komplizierende Haarerkrankungen sind Trichorrhexis nodosa, die Aufsplitterung der Haare ohne Knotenbildung und das Abbrechen der Haare. Die Ursache der Krankheit ist nach H. eine Infektion; dafür sprechen, aufser dem gehäuften Auftreten in einzelnen Familien, Pensionaten, Kasernen, nach Manövern usw., besonders die allerdings seltenen akuten Fälle von Pityriasis capitis, die z. B. nach Anlegen des Kopfes an die Wand eines Eisenbahnkupees einsetzen. Die Erreger sind allerdings noch nicht bekannt; Sabourauds Seborrhoebazillen, die Malassezschen Sporen und die Morokokken Unnas kommen nach H. als Ursache nicht in Frage. — Die Therapie hat die Aufgabe, das Virus durch desinfizierende Mittel zu zerstören und die entzündlichen Infiltrate zur Resorption zu bringen. Beides wird erreicht durch Waschungen mit Spiritus saponatus kalinus und Massage. Die Prozedur mufs öfters in der Woche wiederholt werden, nach Entfernung der Seife läfst man zweckmäfsig schwache Salicylsalben einreiben, denen noch hyperämisierende Mittel, wie Schwefel oder Teer, z. B. das empfehlenswerte Lithantral, zugesetzt werden können. Die individuelle Prophylaxe erfordert eine Desinfektion aller mit der Kopfhaut in Berührung kommender Gegenstände; zu diesem Zwecke empfiehlt H. eine aus Thymol, Kampfer, Karbolsäure, Kresol und Eukalyptusöl bestehende weiche Paste, die in den die Bürsten, Kämme, Haarnadeln, Hüte usw. enthaltenen Kasten gestellt durch einfaches Verdunsten die Keime tötet.

Götz-München.

Pityriasis lichenoides chronica, von J. Csillag-Budapest. (Verein der Spitalsärzte, 20. Febr. 1909.) Eine 24jährige Gravida im sechsten Monate. Die Läsionen, die sich in der oberen Schicht der Haut kaum über das Niveau zu erheben pflegen, entstehen im gegenwärtigen Falle mit solch heftiger Exsudation, dafs sich varicellenartige Blasen bilden. Sie trocknen bald ein. Auf den oberen Gliedmafsen blieben Pigmentspuren zurück. Das Leiden, an dem sie seit sechs Jahren laboriert, tritt auch auf den unteren Gliedmafsen auf. *Porosz-Budapest.*

Pityriasis rosea Gibert auf einem syphilitischen Terrain, von Dujardin. (*La Policlinique.* 1909. Nr. 14.) Bayet bemerkte ein öfteres Auftreten von Pityriasis rosea Gibert bei Syphilitikern. Der vom Verfasser vorgestellte Fall betrifft eine Pityriasis rosea bei einem Syphilitiker im zweiten Jahre der luetischen Infektion.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Bericht über einen Fall von Pityriasis rubra pilaris, von D. W. Patterson-Newcastle on Tyne. (*Lancet.* 27. Nov. 1909.) Kurzer Bericht über einen 20jährigen Jüngling mit typischen Läsionen am ganzen Körper. Abgesehen von einem gewissen Gefühl von Spannung in der Haut und einem mäfsigen Juckreiz beim Beginn des seit einigen Monaten bestehenden Hautleidens hatte Patient keine Beschwerden und war auch im übrigen vollständig gesund. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Cutis.*

Die Behandlung infizierter Verletzungen, von A. MOST. (*Med. Klinik.* 1909, Nr. 39.) Klinischer Vortrag. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Technik der Panaritiumoperation, von S. KOFMANN. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 44.) An der ersten und zweiten Phalanx inzidiert Verfasser entlang der Sehne nie aber über derselben, sondern lateral, bzw. median von ihr, je nach der Eiter ansammlung; Schnitte, die über das Gelenk ziehen, sind zu vermeiden. An der Nagelphalanx macht Verfasser einen halbmondförmigen paronychyalen Schnitt, der zwei bis drei Millimeter vom Nagel von einer Seite zur anderen zieht, wobei er von vornherein bis auf den Knochen dringt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über das Rhinophyma, von RICHARD HOFFMANN-Dresden. (*Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete.* 1909.) Die fleifsige Arbeit behandelt eingehend die Geschichte des Rhinophyma. Die Anschauung der Autoren über das Wesen des Rhinophyma ist sehr different. Histologisch handelt es sich jedenfalls nicht um eine Neubildung in eigentlichem Sinne, und daher sind die Bezeichnungen Cysto-Adeno-Fibrom bzw. Adenom besser zu vermeiden. Vielmehr handelt es sich wohl um eine entzündliche Hypertrophie und Hyperplasie des Bindegewebes und der Drüsen. Grundursache ist meist wohl die durch Rosacea gegebene venöse Hyperämie. Lokale Momente, wie sie z. B. durch vielen Aufenthalt im Freien u. a. gegeben sind, wirken hierbei mit; ebenso mag bei Leuten mit weiten Poren eine Disposition zur Drüsenhyperplasie vorhanden sein. Der Hauptsitz der Veränderungen ist das Corium, bei der Elephantiasis hingegen das Unterhautzellgewebe.

Der hier näher beschriebene Fall wurde vom Autor nach der Methode BRAUNS operiert: Es wird ein Schnitt vom Ansatz des einen Nasenflügels quer über die Nasenspitze zum Ansatz des anderen herübergeführt. Diesem Querschnitt wird ein kleiner Längsschnitt in der Mitte des Nasenrückens hinzugefügt. So entstehen drei Lappen mit breiter Basis. Die Lappen werden zurückpräpariert, das subcutane Gewebe durch starke Messerzüge bis auf den Knorpel abgeschält und die Lappen durch Naht vereinigt. Die Abbildung läfst ein ausgezeichnetes kosmetisches Resultat erkennen.

Aufser der BRAUNschen Methode ist für einzelne Tumoren die Keilexzision, bei mehr allgemeiner Verdickung die Dekortikation in Betracht zu ziehen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Radiumtherapie des Keratoma (Acné sébácée concrète), von BARCAT. (*Presse méd.* 1909. Nr. 67.) Die Wirksamkeit des Radiums dem Epitheliom gegenüber brachte den Verfasser auf den Gedanken, dasselbe auch bei der bekanntlich oft in Carcinom übergehenden, von HALLOPEAU und LEREDDE sogar direkt als akneiformes Epitheliom bezeichneten Affektion zu probieren. Die Läsionen erwiesen sich den wenig in die Tiefe dringenden Radiumstrahlen gegenüber äufserst empfindlich. Eine oder zwei dreiviertelstündige Sitzungen mit Apparaten, die das Radiumsalz auf Tuch von 4 qcm Oberfläche aufgeklebt enthielten und eine Strahlung von 130000 Einheiten aufwiesen (worunter eine Menge α- und weicher γ-Strahlen), oder von 50000 Einheiten bei Unterdrückung der α-Strahlen und alleiniger Wirkung der zahlreichen γ-Strahlen genügten, um in drei Wochen eine Exfoliation mit normaler Hautfläche zustande zu bringen.

Hingegen hatte der Autor mit der Applikation der ultrapenetranten Strahlen von DOMINICI (Apparat von 4 qcm Oberfläche, der durch $^4/_{10}$ mm Blei und 1 mm Papier 4200 Einheiten, in einem anderen Fall 2600 durchliefs) weniger Erfolg. Die Fälle, welche nicht auf diese Methode reagierten, heilten aber leicht mit der oben beschriebenen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Sporotrichose, von Bruno Bloch-Basel. (Beiheft der *Med. Klinik*. 1909. Heft 8/9.) Verfasser schildert die verschiedenen „kaleidoskopartig wechselnden“ Bilder der von de Beurmann entdeckten und von ihm und seinen Schülern so genau durchstudierten Sporotrichose, deren Histologie, Infektionsmodus, Diagnostik und Therapie, und beschreibt dann den eigenen Fall, den zweiten in der deutschen Literatur. Es handelte sich um einen 45 jährigen Landwirt und Steinhauer aus der Gegend von Basel, der früher immer gesund war und vor sechs Wochen plötzlich erkrankte. Die Krankheit begann akut mit hohem Fieber, Gelenkerscheinungen, Schmerzen und schweren Allgemeinerscheinungen und führte zu schubweise akut aufschiefsenden, tief liegenden derben Hauttumoren, von oberflächlichen, in toto oder zentral vereiternden und verkrustenden Papeln und Knoten, und von eigentümlichen hyperkeratotischen und papillären Effloreszenzen. Aus den vereiterten Tumoren entleerte sich ein zäher, fadenziehender, etwas sanguinolenter Eiter. Ein ebensolcher Eiter wurde durch Punktion eines Abscesses am rechten Sternoklavikulargelenk gewonnen, der wohl als vom Periost ausgehend aufzufassen war. Die Lymphdrüsen waren nirgends vergröfsert. Der Harn zeigte eine Zeit lang deutliche Diazoreaktion. Im Blut bestand Leukocytose. Patient magerte im Laufe von zwei Monaten hochgradig ab.

Für die Diagnose war vor allem Lues und Tuberkulose in Erwägung zu ziehen. Für die erstere Annahme sprach das Aussehen der Tumoren, die zum Teil den Muskeln direkt aufsafsen und an Gummen erinnerten, — obschon das rasche Aufschiefsen einer so grofsen Anzahl von Gummen etwas sehr Auffallendes wäre. Aber keineswegs liefsen sich die oberflächlichen Effloreszenzen mit der Diagnose Lues in Einklang bringen, noch weniger die akute Entwicklung des Prozesses und teilweise auch der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Andererseits hatten die oberflächlichen Herde eine ganz auffallende Ähnlichkeit mit den sogenannten papulonekrotischen Tuberkuliden; die Herde an der Nase erweckten die Erinnerung an einen Lupus, die subakuten Tumoren an die sarkoiden Geschwülste. Aber auch hier war die Ähnlichkeit doch nur eine mehr oder minder oberflächliche und die Differenzpunkte überwogen. Man konnte also höchstens von einer Krankheit mit tuberkuloiden oder syphiloidem Charakter sprechen, nicht aber von Lues oder Tuberkulose schlechtweg. Das Wesen der Krankheit wurde aber mit einem Schlage durch Anlegung von Kulturen erhellt. Es wurde Eiter sowohl aus den offenen als auch aus den geschlossenen Effloreszenzen-Partikelchen aus den oberflächlichen und tiefliegenden Tumoren auf Maltose- und Glykoseagar ausgestrichen; in sämtlichen Röhrchen wuchsen nach acht bis zehn Tagen bei Zimmertemperatur massenhaft Kolonien in Reinkultur, anfangs als weifse, glatte, halbkugelige Köpfchen, die rasch bedeutend gröfser wurden; zu gleicher Zeit wandelte sich ihre helle Farbe in eine bräunliche, dann dunkelviolette und sattschwarze um; die anfangs glatte Oberfläche zeigte zunächst an der Peripherie radiäre Fältchen und legte sich schliefslich in unregelmäfsig hirn- oder gletscherartige Falten, und mikroskopisch fanden sich schmale, verzweigte Myzelien und daran aufsitzend eine Unmenge von kleinsten, kurzgestielten Sporen. Eine weitere Stütze erhielt die Diagnose durch die Serumuntersuchung. Es agglutinierten die Sporen sowohl der eigenen, als der Pariser Kulturen noch in einer Verdünnung von 1:800 deutlich. Endlich machte Verfasser den Versuch, beim Patienten eine Cutisreaktion im Sinne von Pirquets mit „Sporotrichin“ zu erhalten. Das Resultat war in mehrmaligen Versuchen ein einwandfrei positives. Als Sporotrichin verwandte Verfasser das durch eine Chamberlandkerze geschickte Filtrat einer acht Monat alten stark zerfallenen Maltosebouillonreinkultur eines Pariser Stammes. Es bildete sich an der Impfstelle in den nächsten 24 Stunden eine flach erhabene, etwa linsengrofse rote derbe Papel, die sich in den nächsten Tagen spontan rückbildete.

Auch die histologischen Verhältnisse stimmen im Falln Verfassers vollkommen mit den Angaben französischer Autoren überein: die ganz eigentümliche, für die Sporotrichose so charakteristische Mischung von syphiloidem und tuberkuloidem Gewebe mit Veränderungen, die wir bei akut entzündlichen eiternden Prozessen finden, war hier sehr deutlich ausgesprochen.

Der Kranke erhielt täglich 4 g Jodkalium; schon nach wenigen Tagen verschwanden die Schmerzen und die Appetitlosigkeit, der Mann wurde zusehends kräftiger, bekam wieder Farbe und Fettpolster und fühlte sich nach 14 Tagen vollkommen wohl. Zugleich schwanden die Effloreszenzen dahin, die tiefen Tumoren und die oberflächlichen Herde, sogar die bereits erweichten Wunden wurden vollständig vernarbt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Diagnose und Therapie der Sporotrichose, von Br. Bloch-Basel. (*Therap. Monatsh.* 1910. Heft 1.) Eingehende Besprechung des Krankheitsbildes und Hinweis auf die therapeutische Einwirkung der Jodmedikation. Gumma und Sporotrichom weisen histologisch einen ganz ähnlichen Bau auf und auf beide wirkt Jod spezifisch. *Arthur Schucht-Danzig.*

Sporotrichosis palpebro-conjunctivalis, von A. Cantonnet. (*Presse méd.* 1909. Nr. 61.) Bei der primären Sporotrichosis palpebralis bestehen die Läsionen in einer geringfügigen, halbweichen Schwellung der Lider. Die Öffnungen bilden sich aufsen an der Haut und am freien Lidrand. Die Conjunctiva palpebralis ist rot und geschwollen. Das Ganze ist beinahe ganz unempfindlich. Oft findet sich eine kleine Präaurikular- oder Submaxillardrüse, oft ein dahin führender Lymphstrang mit massiger Schwellung dieser Drüsen.

Die primäre Sporotrichosis conjunctivalis manifestiert sich durch eine Rötung und Schwellung der Conjunctiva palpebralis und der Semilunarfalte, auf welchen kleine gelblich weifse Flecken hervortreten. Die Augenlider sind induriert und es besteht ziemlich grofse Schmerzhaftigkeit. Die Inkubation beträgt 11—15 Tage.

Eosinophilie, Sporoagglutination und Pilze sind immer bei diesen Fällen nachweisbar. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Sporotrichose des Auges, von V. Morax. (*Ann. d'oculist.* Mai 1909.) Die Sporotrichose des Auges scheint ziemlich häufig zu sein, ja es ist nicht ausgeschlossen, dafs eine generalisierte Sporotrichose das Auge als Ausgangspunkt nehmen kann. Diese primären Lokalisationen treffen entweder die Conjunctiva oder die Palpebra. Morax sah zwei Fälle von primärer Sporotrichose der Conjunctiva. Es traten weifsgelbe follikuläre Erhebungen auf der Conjunctiva des Tarsus auf, welche stecknadelgrofs waren und ulcerierten. Gewöhnlich sind präaurikulare, submaxillare oder zervikale Drüsen vorhanden. Subjektiv machen sie ein ziemlich heftiges Brennen und Fremdkörpergefühl. Die primäre palpebrale Sporotrichose konnte der Autor bei einem seiner Assistenten beobachten, der sich beim Arbeiten mit Kulturen von Sporotrichum infiziert hatte. Am 15. Tage nach der Infektion erschien eine kleine eiternde Follikulitis, die bald von oberflächlicher Ulceration und von Schwellung, cutanem Ödem und Empfindlichkeit bei der Berührung gefolgt war. Bei einem anderen Kranken waren einige palpebrale Gummen vorhanden, von denen ein verdickter Lymphstrang nach einer präaurikularen Drüse ging. Im ganzen hat er drei Fälle von primärer palpebraler Sporotrichose beobachtet.

Gunsett-Strafsburg.

Sporotrichosis hypodermica gummosa ulcerosa disseminata (de Beurmann), von L. Landouzy. (*Presse méd.* 1909. Nr. 89.) Ein typischer Fall bei einer 66jährigen Frau mit Lungenspitzeninfiltration, ein Fall, der früher leicht als Tuberkulid diagnostiziert worden wäre. Die gummösen, teilweise ulcerierten Effloreszenzen sind

über den ganzen Körper disseminiert. Aufserdem zeigt die Krankheit, die in diesem Fall auffallend polymorph auftrat, ein periostitisches Gumma der Stirn, ulcero-krustöse dermo-subcutane Infiltrate des Halses und der Brust, ein verruköses Infiltrat am Arcus superciliaris (wie eine Tuberculosis verrucosa) mit Adenitis praeauricularis, eine pityriasiforme ekzemähnliche Plaque (teilweise impetiginös) an der rechten Brustwarze und endlich zwei grofse Blasen an der Brust und am Oberschenkel mit sero-purulentem Inhalt (pemphigusartig), in dem kulturell das Sporotrichum nachgewiesen wurde.

Der Artikel gibt dann eine äufserst klare Darstellung der Kulturtechnik des Parasiten, wie sie Gougerot angab und wie sie in ihrer Einfachheit von jedem Arzte mit Leichtigkeit ausgeführt werden kann. Ein schräg erstarrtes Röhrchen, mit dem Sabouraudschen Nährboden (Wasser 1000 g, Glykose 40 g, Gelose 18 g, Pepton 10 g) wird mit dem Eiter eines Gummas geimpft, so dafs man eine kleine Eitermenge längs des trockenen Glases gegenüber dem Nährboden und in der Rinne zwischen dem trockenen konkaven Glase und der planen Oberfläche des Nährbodens laufen läfst. Das Röhrchen wird unverschlossen bei gewöhnlicher Temperatur aufgehoben. Nach dem vierten Tage erscheinen bereits makroskopisch sichtbare Kolonien, die am zwölften Tage ihre charakteristische braune Form haben. Aber bereits am zweiten und dritten Tage kann das Röhrchen unter dem Mikroskop mit Zeiss Objektiv B, Okular sechs oder acht untersucht werden. Man sieht dann durch die Glaswand hindurch das beginnende Wachstum des Sporotrichums im Eiter der Glaswand und des Randes des Nährbodens, und zwar wächst es in Sternform oder mit koralliformen Ramifikationen inmitten der Leukocyten und bald kommen auch Filamente und Sporen zum Vorschein. Auch die Technik der Agglutination wird im Detail beschrieben. Sie war in diesem Fall sehr stark. Aufserdem gelang die Kultur des Parasiten aus dem Blute. Heilung in acht Wochen mit 4—6 g Jodkalium pro die. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von Sporotrichosis gummosa hypodermica ulcerosa disseminata, von Burnier und A. Weill. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 107.) Klinisch zeigte der Fall das banale Bild der gewöhnlichen Sporotrichose, hier auf der Dorsalfläche der Hand und der Finger lokalisiert. Die Ulcerationen erinnerten lebhaft an eine tuberkulöse Affekion und wurde auch als solche anfangs behandelt. Bemerkenswert an dem Fall ist, dafs bei der ersten Aussaat keine Pilzkolonien aufgingen, während die Sporo-Agglutination nach Widal und Abrami stark positiv war und eine starke Eosinophilie festgestellt werden konnte. Erst eine zweite Aussaat ergab typische Kolonien, die auch von Sabouraud kontrolliert wurden. Eine einmonatliche Jodkur brachte die Symptome, die bereits 18 Monate gedauert hatten, zum Schwinden. Auch jetzt war noch deutliche Eosinophilie nachweisbar. *Gunsett-Strafsburg.*

Das Erysipeloid, von Pieci. (*Policlinico.* Bd. XVI, Heft 11 u. 12.) Verfasser beschreibt sechs Fälle, die klinisch nichts Besonderes bieten. Histologisch gelang ihm nicht (wie Delbanco) der Nachweis zahlreicher Mastzellen, er glaubt, dafs diese identisch sind mit vom Verfasser gefundenen, gewucherten fixen Bindegewebselementen, kleinen Zellen mit wenig Protoplasma und stark färbbarem Kern.

Haas-Hamburg.

Zur Frage der Identität der Erreger des Schweinerotlaufs, des Erysipeloids und der Mäuseseptikämie, von Rickmann. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* 1909. Heft 3.) Entgegen der Ansicht Rosenbachs, der die betreffenden drei Mikrobien nicht für identisch hält, erklärt Verfasser die morphologischen Unterschiede zwischen denselben aus der verschiedenen Herkunft (Mensch, Schwein, Maus) und ihrer Anpassung an diese Nährböden, im übrigen seien sie identisch. *Haas-Hamburg.*

Ein Fall von sporadischer Elephantiasis, von H. Barber - Derby. (*Lancet.* 20. Nov. 1909.) Ohne nachweisbare Ursache stellte sich bei der 65jährigen Wittwe

die nunmehr seit acht Monaten bestehende Affektion an den Unterschenkeln ein. Dieselben haben einen Umfang von 45 bzw. 41 cm. Die Schwellung schneidet am Sprunggelenk scharf ab. Durch Massage und Kompression mit elastischen Binden sind die subjektiven Beschwerden gebessert worden, während objektiv keine Änderung damit erzielt worden ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die sogenannte Botryomykosis des Menschen, von Truffi-Mailand. (*Typographia degli operai.*) Verfasser beschreibt drei Fälle dieser Erkrankung. Die Neubildungen, die für gewöhnlich an den Extremitäten sitzen, fanden sich hier an der Stirn, bzw. Oberlippe und hinter dem Ohr. Histologisch nichts Neues, bakteriologisch fanden sich gewöhnliche Eiterbakterien, aber keine Gebilde, die irgendwie an Amoeben erinnern. *Haas-Hamburg.*

Bemerkungen über einen Fall von Botryomykosis beim Menschen, von Graham Butler und A. Welsh-Sydney. (*Edinb. med. Journ.* Febr. 1910.) Verfasser beobachteten bei einem vierjährigen, sonst gesunden Knaben eine Schwellung über dem linken Schläfebein und ebenso des linken Augenlides; bei Inzision fand man als Ursache der Geschwulst eine etwas ungewöhnliche Art der Eiterung, indem der Eiter von speziell klebrigem Charakter war und zahlreiche kleine gelbe Körnchen enthielt. Unter entsprechender chirurgischer Behandlung und innerlicher Darreichung von Jodkalium trat Heilung ein. Bei genauerer Untersuchung stellte sich der Fall als durch Botryomykosis verursacht, wie die Ähnlichkeit des mikroskopischen Bildes mit einem beim Pferde vorkommenden Fall von Botryomykosis lehrte, dar. Wenn auch die experimentellen Versuche und Reinkulturen mit dieser Pilzart noch nicht genügend Aufschlufs geben, so glauben Verfasser doch, dafs auch in Australien noch mehr Fälle von Botryomykosis vorkommen und bei oberflächlicher Besichtigung des Eiters wohl meist mit Aktinomykosis verwechselt werden. Kurze historische Darstellung der bisherigen Veröffentlichungen über Botryomykosis beim Menschen, worüber in den letzten Jahren vor allem französische Autoren berichtet haben. *Stern-München.*

Über Blastomykosis glutaealis fistulosa, von Kartulis-Alexandrien. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 64, Heft 2.) Es handelt sich um eine Blastomykose der Glutaealhaut, die K. an Ägyptern beobachtet hat (ca. 100 Fälle), und die mit keiner der andern Blastomykosen der Haut identisch zu sein scheint. Der Verlauf, der sich über 15—20 Jahre erstreckt und ohne Behandlung durch Marasmus zum Tode führt, ist folgendermafsen: 3—5 ccm vom Anus entfernt findet meist die primäre Ansiedlung der Sprofspilze in der Cutis statt. Es entsteht im Corium ein entzündlicher Prozefs, der sich durch die Bildung eines Knötchens auszeichnet. Jucken und Schmerzhaftigkeit. Nach Verlauf von mehreren Tagen erreicht die Schwellung die Gröfse einer Haselnufs. Es erweicht das Knötchen und bricht nach aufsen durch. Im Sekret Leukocyten, Epithelialzellen, Plasma- und eosinophile Zellen, und auch Blastomyceten, frei oder in den Zellen liegend. Es treten bald in der Nähe ähnliche Knötchen auf, so dafs nach mehreren Jahren die Glutaealhaut von solchen Fisteln besät ist und siebartig durchlöchert erscheint; dabei ist sie verdickt und von lederartiger Beschaffenheit. Allgemeine starke Anämie. Besserung unter Eisen, Arsen und chirurgischem Eingreifen; Jodkalium ohne Erfolg. *Haas-Hamburg.*

Beitrag zum Studium der Aktinomykose, von P. Jaunin-Chexbres. (*Rev. méd. de la Suisse romande.* 1909. Nr. 11.) Mitteilung zweier nichts Aufsergewöhnliches bietender Fälle von Aktinomykose, welche das relativ seltene Vorkommen der Erkrankung in der Schweiz rechtfertigt. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von Lymphangioplasie wegen indurierten Ödems, von Q. B. Mitchell-Belfast. (*Brit. med. Journ.* 20. Nov. 1909.) Im Anschlufs an ein heftiges Erysipel des Gesichts waren bei einem 25jährigen Manne auf beiden Seiten die Augen-

lider so stark ödematös geschwollen geblieben, dafs der Bulbus fast völlig verdeckt war. Da andere Behandlungsmethoden (inkl. Fibrolysin) versagten, wurde das Einlegen von sterilen Seidenfäden zur Lymphdrainage ins subcutane Zellgewebe nach der Vorschrift von Sampson Handley ausgeführt. Schon drei Wochen nachher war, wie die Abbildungen ergeben, eine eminente Besserung eingetreten. Der eine Faden mufste allerdings wegen Reizerscheinungen wieder entfernt werden, die anderen scheinen dauernd eingeheilt zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von chronischer Dermatomyositis, von Ernst Freiherr Schenk von Geyern. (*Wien. klin. Rundsch.* 1910. Nr. 7—10.) Es handelte sich um einen dreifsigjährigen Mann, der ohne besondere Prodromalerscheinungen mit partieller Hautatrophie und Ödem erkrankte. In der Folge traten Knotenbildungen in einzelnen Muskeln auf und progressive Lähmung der Oberarme, ohne Anzeigen einer Neuritis oder zentralen Erkrankung, unter gleichzeitiger Beteiligung des Zwerchfelles, des Gaumensegels und der Blase. Nach elfmonatiger Krankheitsdauer erfolgte der Tod. *Schourp-Danzig.*

Ainhum (deutsch „absägen"), von Unna (*Real-Encyklopädie der ges. Heilk.*). Erkrankung der kleinen Zehe bei den Nagôsnegern in Afrika. Zusammenhang mit Lepra ist auszuschliefsen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Kulturen der Leishmania tropica s. Ovoplasma orientale s. Helcosoma tropicum, des Parasiten des Orientgeschwürs, von Marczynowski. (*Medicinskoje Obosrenje.*) 1909. Bd. 72, S. 645.) Es gelang Verfasser in zwei weiteren Fällen vom Geschwür des Orients, in Granulationspartikeln, die er mit der Pinzette abrifs, den schon früher von ihm beschriebenen Parasiten zu finden. Meist sitzt derselbe innerhalb der epitheloiden Zellen, zuweilen frei. Verfasser konnte Zeichen der direkten Teilung wahrnehmen und ferner reine Kulturen herstellen, sowohl auf dem Nicolleschen Nährboden, als auf menschlichem Blut, dem er eine geringe Menge von 10%iger Lösung von Na citricum zusetzte, um die Gerinnung zu verhüten. Bereits am zweiten Tage vermehrt sich der Parasit und am dritten tritt Geifselbildung auf. Der Parasit findet sich in zwei Typen, der eine mit grofsem Kern und weifsgefärbtem Protoplasma, die männliche Form, und der andere Typus mit kleinem Kern und dunkelblaugefärbtem Protoplasma, die weibliche Form. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zwei Fälle von Pendinschem Geschwür, von Bremener und Bronstein. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1909. Bd. 72.) Zwei Brüder, von denen sich der eine längere Zeit, der andere nur ganz kurze Zeit in Merw und Kuschka (Transkaukasien) aufgehalten hatten, erkrankten nach ihrer Rückkehr an der Aleppobeule oder, wie sie in Rufsland genannt wird, an Pendinschem Geschwür. Die Lokalisation desselben war bei dem einen über dem linken Jochbogen, bei dem andern auf dem rechten Handrücken. Es gelang der Nachweis des Ovoplasma orientale (Marczynowski-Wright). Die Verfasser heben die lange Inkubation, über zwei Monate, hervor, wie den Umstand, dafs der Verlauf bei den verschiedenen Individuen verschieden ist, indem bei dem einen Kranken noch nach drei Monaten das papulöse Stadium vorherrschte, während bei dem andern sich schon nach drei Wochen typische Ulcera fanden. Therapeutisch empfehlen die Verfasser eine chirurgische Entfernung.

Arthur Jordan-Moskau.

Leishmania tropica im peripheren Blute bei der Dehlibeule, von R. O. Neumann-Heidelberg. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 52, Heft 4.) Die Dehli- oder Aleppobeule wird bekanntlich nur als rein lokaler Krankheitsprozefs aufgefafst, der sich auf die entblöfsten Körperstellen, meist Gesicht und Extremitäten erstreckt und durch einen kleinen Parasiten aus der Klasse der Protozoen, der Leishmania tropica, verursacht wird. Derselbe ist mit dem Erreger des Kalaazar oder der tropischen

Splenomegalie, der Leishmania donovani, nahe verwandt, wiewohl das Krankheitsbild des Kalaazar ein ganz anderes, schweres, meist zum Tode führendes ist und die Parasiten in den verschiedenen inneren Organen in grofsen Mengen angetroffen werden. Ein Zusammenhang zwischen beiden Affektionen wurde bisher schon infolge der Verschiedenartigkeit des lokalen Auftretens verneint, immerhin scheint es aber N. bemerkenswert, dafs es ihm in einem typischen Falle von Dehlibeule gelungen ist, im peripheren Blute aus einem Finger des affizierten Armes die charakteristischen Parasiten von Leishmania tropica aufzufinden. Der Fall betraf einen Arzt, der bei seiner Tätigkeit im südlichen, asiatischen Rufsland die Beule 1906 akquiriert hatte. Die Parasiten fanden sich frei im Blute, nicht in Zellen eingeschlossen, ebenso in grofser Menge in der lokalen Pustel, hier aber grofsenteils in Zellen wechselnder Art eingeschlossen. N. möchte natürlich aus diesem einen Fall noch nichts Bestimmtes über den Zusammenhang zwischen Kalaazar und Dehlibeule angeben, aber nicht verfehlen, die Untersuchung des Blutes und Züchtung aus demselben als einen Weg zu bezeichnen, um über den Einflufs der Leishmania tropica auf den Gesamtorganismus Aufschlufs zu erhalten. *Stern-München.*

Bemerkungen über Ulcus orientale, von R. M. Carter. (*Brit. med. Journ.* 6. Nov. 1909.) In diesem kurzen Artikel verwahrt sich Verfasser dagegen, als habe er sich die Priorität in der Beschreibung von Parasiten seines Ulcus orientale zuschreiben wollen, da schon von Nicolle in Tunis und von Row in Bombay ähnliche Beobachtungen publiziert worden sind. Ferner betont er, dafs unter dem Namen Ulcus orientale (Oriental sore) Läsionen recht verschiedener Art beschrieben werden. In Indien wird die Bezeichnung für wenigstens drei Affektionen gebraucht, welche klinisch schon recht verschiedene Erscheinungen darbieten. Aufser dem bekannten typischen Furunkel von Delhi (Delhiboil) beschreibt Verfasser nach den Moughyr Phora von Nordindien und den Chambal, der sich durch eine seichte Ulcerationsform mit papilliformen Erhebungen auszeichnet. Es handelt sich hierbei um noch recht wenig klargestellte Affektionen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Anwendung der „Sozojodol“-Präparate bei venerischen Geschwüren, von Tschumakow. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 6.) Der Sozojodolnatrium wirkte auf Ulcus mixtum und durum vorzüglich, hatte direkt kupierende Wirkung; dabei keine Nebenerscheinungen. *Haas-Hamburg.*

Eine neue Methode der Behandlung des phagedänischen und gewöhnlichen Schankers mittels heifser Luft, von E. Wood Ruggles-Rochester. (*New York med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Die Methode der Heifsluftbehandlung, mit welcher R. in Fällen gewöhnlichen und phagedänischen Schankers, die anderen Behandlungsmethoden trotzten, guten Erfolg hatte, ist zwar nicht „neu“, aber immerhin sind seine Ausführungen und theoretischen Begründungen dieses Erfolges lesenswert. Die aktive, durch die lange fortgesetzte Hitzeeinwirkung hervorgerufene Hyperämie verhindert nicht nur weiteres Wachstum der Bakterien, sondern wirkt durch Erhöhung des opsonischen Index direkt bakterientötend. R. konstruierte eigene, für die Penis-Heifsluftbehandlung bestimmte, einfache Apparate, und zwar sowohl für gewöhnliche wie für elektrische Erhitzung. Der Patient wird instruiert, die Temperatur, welche ein am Kasten angebrachter Thermometer anzeigt, auf 58—60° C zu belassen; bei der allmählichen Steigerung auf diesen Hitzegrad tritt zwar ein intensives Schmerzgefühl auf, das aber nach wenigen Minuten wieder verschwindet. Die Konstruktion der Apparate ist nur vermittels der beigegebenen Abbildungen verständlich; es sei nur angeführt, dafs die über den Penis zu legende „Schachtel“ aus galvanisiertem Eisen, 20 cm breit und lang und 15 cm hoch, und die aus demselben Material bestehende, zum Heizkörper führende Röhre 37 cm lang ist und $6^1/_2$ cm Durchmesser hat. Mit

vier Abbildungen, welche auch zum Teil die hier näher beschriebenen drei Fälle illustrieren. *Stern-München.*

Ulcerationen am Gesicht und Rachen und deren Behandlung mit Bakterienvaccinen, von J. C. MacWatters. (*Brit. med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Ein 34jähriger Mann kam mit ausgedehnten Ulcerationen an der Lippe und an der Schleimhaut der Rachengebilde zur Aufnahme. Die Läsionen waren entstanden, als Patient das Sterbezimmer seiner Frau desinfizierte und die dabei verwandte rohe Karbolsäure zum Brennen kam; sie hatten trotz mannigfacher Behandlung schon ein halbes Jahr lang fortbestanden. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Staphylokokken, Streptokokken und Pseudodiphtheriebazillen. Zur Behandlung wurden Injektionen von Staphylokokken und Bazillen gegeben, und als die anfängliche Besserung keine Fortschritte zeigte, eine grofse Dosis (1½ Million) Streptokokken. Es erfolgte vollständige Heilung, und auch eine konkomitierende Otitis purulenta heilte dabei ohne weitere andere Behandlung aus.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Tonsillengeschwür, von Dieulafoy. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 15.) Kurze Beschreibung der Differentialdiagnose zwischen dem Tonsillengeschwür bei Angina Vincenti und dem Tonsillenschanker. Das äufsere Aussehen ist bei beiden so ziemlich das gleiche; dagegen ist bei Angina Vincenti die Tonsille weich, nicht induriert und die submaxillaren Drüsen sind nicht geschwollen, während beim Tonsillenschanker die Tonsille hart ist und die submaxillaren Drüsen stets geschwollen sind. Das Tonsillengeschwür bei Angina Vicenti, dessen Sekret zahlreiche Spirillen enthält, wird durch einige Pinselungen mit gesättigter Methylenblaulösung zur Heilung gebracht.

Götz-München.

Beitrag zur Ätiologie und Klinik der Gasphlegmone des Menschen, von Ludwig Cohn. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1908) Die Ätiologie der Gasinfektionen ist keine einheitliche; ihre Einteilung vom ätiologischen Gesichtspunkte aus hat nur bakteriologisches und pathologisch-anatomisches Interesse. Vom Standpunkte des Klinikers ist es am zweckmäfsigsten, „Gasphlegmone“ und „Gasgangrän“ zu trennen. Denn diese beiden Hauptgruppen der Erkrankung enthalten von vornherein die Indikationen zu verschiedenem therapeutischen Handeln. Bei „Gasphlegmone“ kann, wenn nicht aus vitaler Indikation radikal eingegriffen werden mufs, ein konservatives Verfahren Platz greifen; bei „Gasgangrän“ hat unter allen Umständen möglichst rasch und weit im gesunden Gewebe die Absetzung der betreffenden Extremität zu erfolgen.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Noma, von Marcel Breuer. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 12.) Beschreibung eines tötlich verlaufenden Nomafalles nach Masern bei einem zweijährigen Knaben. Es fehlen mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen des Falles. *Gunsett-Strafsburg.*

Furunkel, von Unna. (*Real-Encyklopädie d. ges. Heilk.*) Knappe, ausgezeichnete Darstellung dieses wichtigen Kapitels. Ätiologisch kommt nur die Invasion der vulgären Eiterkokken in Betracht. Dafs im Blut kreisende Staphylokokken bei ihrem Eintritt in die Haut Furunkel erzeugen können, ist nach den histologischen Ergebnissen so gut wie ausgeschlossen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Therapie des Furunkels im äufseren Gehörgang, von F. Bruch-Seckenheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 50.) Verfasser findet, dafs man, sowohl was Linderung der Schmerzen als auch was schnelle Heilung betrifft, die besten Resultate erzielt, indem man täglich ein- oder zweimal einen nicht zu grofsen, mit Ichthyol und Glycerin (aa) getränkten Tampon in den Gehörgang einführt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung der malignen Gesichtsfurunkel, von W. Keppler-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 7. u. 8.) Dem Prinzip, dafs man bei bösartigen Furunkeln und Karbunkeln am Gesicht möglichst schonend verfahren soll, wird an der Berliner chirurgischen Klinik auch gehuldigt; doch sucht man durch die Stauungsbehandlung die Ausstofsung der nekrotischen Pfröpfe und den Heilungsprozefs möglichst zu fördern. Den Wert des Verfahrens legt Verfasser an zwölf Fällen von Karbunkeln resp. Furunkeln der Oberlippe unter Mitteilung der wesentlichsten Momente aus den Krankengeschichten dar. Zur Erzeugung der Stauung genügt ein einfaches Baumwollgummiband, gerade dem Umfang des Halses an Länge entsprechend. Das eine Ende desselben ist mit einem Haken, das andere mit drei bis vier dicht hintereinander stehenden Ösen versehen. Die Breite des Bandes ist 3 resp. für Kinder 2 cm. Man legt es möglichst weit unten am Halse an und richtet die Kompression so ein, dafs ein ziemlich ausgiebiges Ödem allmählich am Gesicht hervortritt. Die Binde wird in 24 Stunden in der Regel nur auf zwei bis vier Stunden abgenommen, falls das Ödem zu stark hervortritt. Gewöhnlich geben die Kranken an, dafs die Schmerzen in auffallender Weise sich bei dem Verfahren schnell besserten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Karbunkel, von Sandoval. (*Revista clin. de Madrid.* 1909. Nr. 24.) Der Verfasser machte mit einer von einem Karbunkel des Unterkiefers gewonnenen Reinkultur von Bacillus anthracis folgendes Experiment: Ein Tropfen der Kultur wurde in den Schenkel eines Meerschweinchens inokuliert, die Inokulationsstelle mit Fuchsin markiert und nach einer halben Stunde mit der Umgebung tief mit dem Glüheisen zerstört. Trotzdem starb das Tier an Septikämie. *Gunsett-Strafsburg.*

Sieben Milzbrandfälle, von E. Vollmer-Kreuznach. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 8.) Alle sieben Fälle betrafen Arbeiter einer Lederfabrik, die Schaf- und Ziegenfelle aus Indien bezieht. Die Erkrankten infizierten sich bei ihren Manipulationen mit den ausländischen Häuten; die Pustulae malignae traten im Gesicht oder auf der Brust auf und führten in zwei Fällen durch Allgemeininfektion den Tod herbei.

Schourp-Danzig.

Verschiedenes.

Die Dermatologie als Spezialität und ihre Beziehung zur inneren Medizin, von Grover M. Wende-Buffalo. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 1.)

Schourp-Danzig.

Eine Spiralprüfungsmethode mit dem Pinsel zur Abgrenzung berührungsanästhetischer und berührungshyperästhetischer Hautstellen, von Max Loewy-Marienbad. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Verfasser prüft die Berührungsempfindlichkeit verdächtiger Fälle, indem er mit dem Pinsel in einer Schneckenwindung, in einer konzentrisch geringelten Spirale, also in immer gröfser werdenden Kreisen, ohne Unterbrechung, ohne abzuheben, gleichmäfsig und ohne Druck aus dem anästhetischen Gebiete ins Gesunde fährt und umgekehrt. Er ist der Meinung, dafs diese „Spiralprüfung“ nicht nur rasch und einfach ist, sondern auch präzise Angaben der Patienten zur Folge hat. *W. Lehmann-Stettin.*

Ist Quecksilber ein Spezifikum bei Lungentuberkulose? von W. N. Beggs-Denver, Col. (*Med. Record.* 20. Aug. 1910.) Bericht über 44 Fälle von mehr oder

weniger ausgesprochener Lungentuberkulose, von denen eine Reihe zu gleicher Zeit an Syphilis litt; die Hg-Behandlung wurde mit intramuskulären Injektionen von Hg succinnimidat. vorgenommen. Aus den dabei gewonnenen Erfahrungen kommt er zu folgenden Schlüssen: Eine gute Wirkung des Hg wurde ohne Ausnahme in den Fällen erreicht, in denen eine Spur luetischer Erkrankung mit mehr oder weniger großer Sicherheit nachgewiesen werden konnte, doch handelt es sich auch hier um eine einfache tonische Wirkung des Quecksilbers, bzw. um dessen heilsame Wirkung auf die Verdauungsfunktionen. In allen anderen Fällen scheint die beobachtete Besserung, die übrigens mehr subjektiv zu sein pflegt, in psychischer Einwirkung auf den Patienten zu bestehen. *W. Lehmann-Stettin.*

Wettbewerb zur Erlangung von zweckmäfsigen und preiswerten Handtüchern aus Papierstoff für Gelegenheiten zum Händewaschen. Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder, die es als ihre Aufgabe ansieht, den Reinlichkeitssinn unserer Volksgenossen zu pflegen, bemüht sich schon seit Jahren um die Förderung von Vorkehrungen für das Reinigen der Hände.

Wie in den Veröffentlichungen unserer Gesellschaft und auf unseren Hauptversammlungen schon mehrfach ausgesprochen wurde, ist die Hand — welche Professor Dr. Lassar das Kontaktorgan des menschlichen Verkehrs nannte — in erster Reihe die Empfangsstätte gesundheitsschädlicher Stoffe und die Vermittlerin für deren Übertragung in den menschlichen Organismus. Die Hände sauber zu halten, ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspflege.

Die Beschaffung zweckmäfsiger Vorkehrungen für das Waschen der Hände in Schulen, auf Bahnhöfen, in den öffentlichen Bedürfnisanstalten, in den Arbeitsstätten der werktätigen Bevölkerung, in Gastwirtschaften, überhaupt an allen Stellen, an denen Menschen zusammenströmen, scheiterte bisher weniger an der Bereithaltung des Wassers, als an dem Mangel zweckmäfsiger und billiger Gelegenheit zum Abtrocknen der Hände nach der Waschung. Der hohe Stand der deutschen Papierindustrie, welche brauchbare Papierservietten vielfach herstellt, auch der Umstand, dafs ein Kulturvolk wie die Japaner seit langem den Papierstoff auch für die Anfertigung von Taschentüchern mit ausgezeichnetem hygienischen Erfolge verwendet, lassen uns hoffen, dafs wir die einschlägige Industrie nicht nutzlos bemühen, wenn wir einen Wettbewerb für die Erlangung von zweckmäfsigen und preiswerten Handtüchern aus Papierstoff — ebensolche Taschentücher ständen erst in zweiter Linie — ausschreiben. Sollen doch — neben den heimischen Rohstoffen — auch schon geeignete Rohmaterialien aus unseren Kolonien zur Verfügung stehen. Es ist uns nicht unbekannt, dafs schon jetzt vereinzelt derartige Handtücher im deutschen Handel angeboten werden: teils aber hat die grofse Menge keine Kenntnis hiervon, teils genügen diese Erzeugnisse ihrem Zweck nicht.

Zur Teilnahme an dem Wettbewerb sind alle in Deutschland ansässigen Papier-Industriellen und -Interessenten berechtigt.

Dem Wettbewerb werden die folgenden Bedingungen zugrunde gelegt:

1. Die Handtücher müssen derartige Abmessungen haben, dafs bei verständiger Handhabung e i n e s für das Abtrocknungsverfahren genügt. Nur wenn die Industrie etwa in der Lage ist, zwei kleinere Handtücher billiger herzustellen als ein gröfseres, dürfen die bescheideneren Mafse gewählt werden.
2. Der Papierstoff mufs für seinen Zweck geeignet, d. h. wasseraufnahmefähig sein, ohne zu erweichen, und zähe genug sein, ohne bei der Benutzung zu zerreifsen. Dabei ist vorauszusetzen, dafs das Abtrocknen der Hände nicht durch Betupfen mit dem angebotenen Material, sondern wie bei Gewebstoffen durch ein mafsvolles Abreiben erfolgt. Der Papierstoff darf weiter beim Zusammenlegen oder Falten nicht brechen und mufs auch derartig beschaffen sein, dafs er von Automaten oder ähn-

lichen Vorkehrungen in gröfseren Mengen aufgenommen und von diesen Apparaten ohne Schwierigkeit einzeln abgegeben werden kann.

3. Die Papierhandtücher sollen an geeigneter Stelle des Randes, aber nicht gröfser als für deutliche Erkennbarkeit nötig, wasser- und reibefest bedruckt werden können, und zwar mit der Firma des Fabrikanten, eventuell unter Angabe der Bezugspreise des Fabrikats, sowie mit einem kurzen Hinweis darauf, dafs dieses von der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder in einem öffentlichen Wettbewerbe preisgekrönt worden ist.
4. Von besonderer Wichtigkeit ist die preiswerte Herstellung und Abgabe der Handtücher. Liegt doch eine solche im gleichen Mafse im Interesse des Fabrikanten als auch in demjenigen der öffentlichen Gesundheitspflege.

   Die Preisbemessung ist demnach neben der Güte der Handtücher für deren Beurteilung durch das Preisgericht ausschlaggebend.
5. Die Probestücke sind in einer Zahl von 100 Stück gleichen Erzeugnisses wohlverpackt bis zum 15. Juli 1911, mittags 12 Uhr, an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, Berlin SW. 11, Bernburgerstrafse 14, gegen Empfangsbescheinigung einzuliefern, oder bis zum gleichen Zeitpunkt frankiert und eingeschrieben der Post zur Beförderung zu übergeben. In diesem Fall gilt der Poststempel des Aufgabeortes als Nachweis für die rechtzeitige Ablieferung. Die Sendung ist mit einem Kennwort zu versehen; sie mufs zugleich einen verschlossenen Briefumschlag enthalten, der dasselbe Kennwort trägt und im Innern Namen und Wohnort des Wettbewerbers ersehen läfst. Der Sendung ist weiter ein Preisverzeichnis beizufügen, welches die Preise für Lieferung frei Berlin verbindlich angibt, und zwar wird die Nennung der möglichen Mindestmenge dem Wettbewerber überlassen. Dieser hat aufserdem noch weitere Preise zu nennen, und zwar für Mengen, welche die kleinste um 50%, um 100% und um 500% überschreiten. Mindestens zehn Einzelstücke der Probe müssen schematisch eine Druckprobe nach vorstehender Nr. 3 aufweisen.

   Die Proben gehen in das unumschränkte Eigentum der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder über; doch verpflichtet sich diese, die Proben nur für Prüfungszwecke und für ihr Archiv zu benutzen.

   Verspätet einlaufende Sendungen werden vom Wettbewerb ausgeschlossen, ebenfalls solche, welche die vorstehenden Bedingungen nicht oder nur teilweise erfüllen.
6. Die Beurteilung der Proben erfolgt durch ein Preisgericht, bestehend aus den Mitgliedern des geschäftsführenden Ausschusses der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder (Vorsitzender: Professor Dr. Brieger, Geheimer Medizinalrat).
7. Bei der Bemessung der Preise war sich die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder — die auch nur über bescheidene Mittel verfügt — klar darüber, dafs sie nicht in der Lage ist, dem vollen Aufwand der Wettbewerber entsprechende Beträge zur Verfügung zu stellen. Der Hauptwert der zu erringenden Preise beruht aber wohl in dem mit Sicherheit zu erwartenden starken Gebrauch des Fabrikats durch die Öffentlichkeit und damit in dem Fabrikationsgewinne sowie in der in Nr. 3 der Bedingungen bereits erwähnten Berechtigung der Preisträger, ihren Erzeugnissen die Aufschrift aufzudrucken:

   „In einem öffentlichen Wettbewerb an erster (zweiter usw.) Stelle preisgekrönt von der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder“.

Um jedoch auch kleinere Betriebe durch eine Beihilfe zur Teilnahme am Wettbewerb anzuregen, setzt die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder aus:

einen ersten Preis in Höhe von 300 Mark
„ zweiten „ „ „ „ 200 „
„ dritten „ „ „ „ 100 „

Der Gesamtbetrag von 600 Mark kann auch in anderer Weise verteilt werden, falls das Preisgericht dies einstimmig beschließt. Ebenso kann dieses, abgesehen von den Geldpreisen, auch lobende Anerkennungen aussprechen.

Das Ergebnis der Preisverteilung wird in denselben Blättern, in welchen di Ausschreibung erfolgt ist, öffentlich bekannt gemacht werden. Eine öffentliche Ausstellung der zum Wettbewerb eingelieferten Sendungen bleibt vorbehalten. Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder will, wenn der vorliegende Wettbewerb Erfolg hat, ihre Bestrebungen zur Förderung der Handwaschgelegenheiten weiter durch ein Preisausschreiben auf Erlangung zweckentsprechender Automaten für die Darreichung von Wasser, Seife und Papierhandtüchern fortsetzen.

Berlin, im Juni 1910.

Der geschäftsführende Ausschufs der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder.

Praktischer Arzt und Kosmetik, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1910. Nr. 14.) Verfasser bespricht die Behandlung der Hühneraugen; zu deren völligen Beseitigung empfiehlt er, in Blutleere unter Chloräthylvereisung die Hyperkeratose mittels Skalpells abzutragen und den Grund mit Acidum nitricum fumans oder Acidum carbolicum liquefactum nach vorheriger Kokainisierung zu ätzen. In jedem Falle ist die Form des Fusses einer genauen Untersuchung zu unterziehen und vorhandene Abnormitäten sind durch entsprechende Einlagen zu behandeln.

Schourp-Danzig.

Sterilisation der Haut, von R. Martin Gil-Malaga. (*Revista ibero-amer. de ciencias med.* 1910. Nr. LXIX.) Bericht über die von Waterhouse und Feuwick geübte Joddesinfektion der Haut vor Operationen. Es wird eine 2%ige Jodlösung in Alkohol ohne vorherige Waschung erst zwei Stunden vor der Operation, dann direkt vor Beginn derselben eingepinselt. Die Resultate sollen sehr gute sein.

Gunsett-Strafsburg.

Zur Vereinfachung der Hautdesinfektion, von Lanz-Amsterdam. (*Centralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 25.) Der Verfasser prüfte die Grossichsche Jodtinkturmethode bakteriologisch nach und erhielt wenig befriedigende Resultate. Seiner Ansicht nach kann sie für gewisse Fälle grofse Vorteile bieten, aber darf nicht als Normalverfahren angesehen werden. Insbesondere ist bei Operationen, wo die strengste chirurgisch-bakteriologische Asepsis Vorbedingung des Gelingens ist, die alte Fürbringersche Methode vorzuziehen. Die hauptsächlichsten Verwendungsgebiete für das Jodtinkturverfahren sind 1. der Notfall und die Kriegschirurgie; 2. Regionen, denen schwer beizukommen ist, oder wo die mechanische Reinigung der Schmerzhaftigkeit wegen unmöglich ist; 3. dekrepide Patienten, wo jede Abkühlung vermieden werden mufs; 4. das Tierexperiment, wo die Schürfwunden des Rasiermessers Infektionsgelegenheiten schaffen. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Händedesinfektion, von Langenmak-Erfurt. (*Centralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 29.) Der Verfasser wendet die Grossichsche Jodtinkturdesinfektion mit der Zabludowskischen Tannin-Alkoholmethode kombiniert an. Nach trockenem Rasieren des Operationsfeldes wird die Haut eine Minute lang mit 5%iger Alkohol (95%)-Tanninlösung abgerieben. Dann folgt ein einmaliger Jodanstrich. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Jahr Hautdesinfektion nach Grossich, von Th. Popaïoannou-Athen. (*Centralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 27.) Trotzdem nicht verdünnte, sondern die offizielle Jodtinktur verwandt wurde, obwohl zweimal vor und einmal während der Operation, ferner einmal nach der vollständigen Hautnaht das Operationsfeld bepinselt wurde, so wurde doch nie ein Jodekzem beobachtet. Auch mit den klinischen Resultaten der Methode ist P. sehr zufrieden und versichert, dafs durch diese Methode „das Ideal der Hautasepsis erreicht ist". *Gunsett-Strafsburg.*

Untersuchung und Diagnose der Hautkrankheiten (Versuch eines dichotomen Schlüssels), von Jaime Peyri. (Verlag von F. Badia. Dr. Dou 14, Barcelona.) Ein origineller Versuch, dem Anfänger die Stellung der dermatologischen Diagnose durch einen Schlüssel analog einer botanischen Flora zur Pflanzenbestimmung zu erleichtern. Die Einteilung geschieht nach morphologischen Begriffen und nach der Lokalisation. Zu einer rein mechanischen Arbeit wird allerdings durch diesen Schlüssel die Diagnosenstellung nicht. Es muſs natürlich ein Erfassen und Erkennen der morphologischen Begriffe vorausgesetzt werden. *Gunsett-Straſsburg.*

Löschpapierform zur Herstellung von Stiften aus Kohlensäureeis, von Tousey. (*Journ. Americ. med. Assoc.* 7. Juni 1910. Ref. *The Therap. Gazette.* August 1910.) T. wickelt starkes Löschpapier um einen Bleistift, den er dann entfernt und bekommt so nach festem Verschluſs der einen Seite einen hohlen Zylinder, der mit Heftpflaster fest um den Hahn des Kohlensäurezylinders befestigt wird. Auf diese Weise erthält er Stifte aus CO_2 - Eis, die zur Behandlung auſserordentlich handlich sind. *W. Lehmann-Stettin.*

Über Röntgentherapie mit abgekürzter Expositionszeit, von Quiring-Hamburg. (VI. Kongreſs Deutsch. Röntgen - Gesellschaft.) Das seinerzeit von Albers-Schönberg inaugurierte Verfahren der Schnellbehandlung, wurde auf seiner Abteilung bisher bei Cancroid, Sykosis, Psoriasis, Favus und Mikrosporie erprobt. Wenn auch zur genauen Dosierung ziemliche Vorsicht gehört, so bietet die Methode auf der andern Seite doch ganz erhebliche Vorteile; vor allem die ungemeine Zeitersparnis, die es dem Arzt eigentlich erst ermöglicht, wichtige Hautbestrahlungen selbst vorzunehmen. *W. Lehmann-Stettin.*

Demonstration zur Dosierung, von Holzknecht-Wien. (VI. Kongreſs Deutsch. Röntgen-Gesellschaft.).

Weitere Mitteilungen über Skala zum Sabouraud, von Holzknecht-Wien. (*Fortschr. f. Röntgen.* XV, 6.) Da die Skala von Sabouraud - Noiré nur eine einzige Dosis abzulesen erlaubt, hat H. versucht, aus den bei der Bestrahlung der Bariumplatincyanür-Plättchen nach und nach entstehenden Farbennuancen eine kontinuierliche Skala zu schaffen, mit der die bestrahlten Scheibchen verglichen werden und so kleinere Dosen als die Erythemdosis abgelesen werden können.

W. Lehmann-Stettin.

Die Kurzschrift im Dienste des Arztes, von Mantzel-Elberfeld. (Berlin. 1910. Wilhelm Reh.) Gerade der vielbeschäftigte Arzt sollte sich bei den unendlichen Schreibereien, die sein Beruf mit sich bringt, der Stenographie bedienen, mag es sich nun um Aufzeichnungen und Notizen über einen Krankheitsfall handeln oder über den Entwurf von Gutachten u. a. m. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Sauger zur Entnahme von Saugserum, von Schuberg und Mulzer. (Arb. aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. 33, Heft 1. 1909.) Diese Modifikation des Bier-Klappschen Saugers eignet sich besonders zur Gewinnung kleinster Serummengen aus dem Primäraffekten usw. und ist bei Lautenschäger zu beziehen.

Arthur Schucht-Danzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. No. 11. 1. Dezember 1910.

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der königl. Universität Bologna.
(Vors. Prof. MAJOCCHI.)

Über einen Fall des sogenannten Adenoma sebaceum PRINGLE (symmetrischer Naevus des Gesichts.[1])

Von

P. L. BOSELLINI,
Privatdozent und Oberassistenzarzt.

Mit einer Abbildung im Text.

Es handelt sich um einen typischen Fall der Krankheit, welcher nach meiner Ansicht verdient, mitgeteilt zu werden, weil er einen Beitrag zur Kenntnis dieser Krankheitsform liefern kann, welche, obwohl mehrere Beobachtungen veröffentlicht wurden, noch nicht auf dem Wege einer vollständigen Aufklärung steht.

P. M., acht Jahre alt, aus Bologna. Patientin wurde geboren, als ihr Vater, an einer progressiven Paralyse erkrankt, seinem Ende nahe war. Die Mutter ist gesund und machte acht normale Geburten durch. Patientin hat vier gesunde und lebende Brüder.

Patientin hat nie schwere Krankheiten durchgemacht. Skelett regelmäſsig gebaut, aber mangelhaft entwickelt; Ernährungszustand ziemlich gut; Dolichocephalie. Patientin hat immer eine krankhaft gesteigerte Gemütserregbarkeit aufgewiesen: die geringsten Vorwürfe rufen Krisen von unstillbarem Weinen hervor; nach den Angaben der Mutter treten zuweilen infolge von plötzlichen Gemütserregungen auch epilepsieähnliche Konvulsionen auf.

Die gegenwärtige Hautkrankheit hat vor vier Jahren begonnen. Sie hat ausschlieſslich am Gesicht ihren Sitz und ist auf den Wangen, der Nase und dem Kinn lokalisiert. Sie besteht aus zahlreichen, hirsekorn- bis hanfsamengroſsen, meistens von einander getrennten, selten zusammenflieſsenden Erhabenheiten, mit nicht immer perfekt runden, ja sogar

[1] Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. RÜHL-Turin.

meistens unregelmäſsigen Umrissen; die kleineren erscheinen kegelförmig mit glatter Oberfläche; die gröſseren haben ein verruköses Aussehen mit den Follikelnausmündungen entsprechenden Nabelungen; sie haben eine elastische Konsistenz und verschiedene Farbe, indem diejenigen auf dem Nasenrücken und der Nasenbackenfurche wachsähnlich weiss, diejenigen auf der Mitte der Wangen hingegen zum gröſsten Teil rosig oder erdbeerrot sind; diese letzteren zeigen auch an ihrer Oberfläche geschlängelte teleangiektasische Gefäſse. Wenn das Kind in Folge einer Gemütserregung oder der Hitze im Gesicht errötet, werden auch die weiſsen Erhabenheiten gleichmäſsig rot. Die Dermatose ist von keinen subjektiven Symptomen begleitet. Es sind keine Veränderungen der Tast-, Wärme- und Schmerzempfindlichkeit nachweisbar. Auf der Stirnglatze besteht ein weicher, leicht pigmentierter Naevus. Die benachbarten Lymphknoten weisen keine Veränderungen auf. Die sichtbaren Schleimhäute sind normal.



Histologischer Befund.

Zur histologischen Untersuchung wurden mehrere Knötchen von verschiedener Gröſse und Farbe exstirpiert. Die Untersuchung geschah nach den üblichen Fixierungs- und Färbungsmethoden.

Bei der Darstellung der Resultate dieser Untersuchungen erscheint es mir zweckmäſsig, zwei Typen von Knötchen zu unterscheiden und getrennt zu beschreiben, da dieselben eventuell zwei verschiedenen Phasen der Dermatose entsprechen könnten.

Ich werde somit bei den besser entwickelten, voluminöseren Knoten beginnen, welche — wenn man eine evolutive Phase der Dermatose annehmen will — dem Höhepunkt der die Dermatose bildenden Elemente zu entsprechen scheinen. Diese gröſseren Knoten, welche, wie gesagt, das Volumen eines Hanfsamens haben, erdbeerrot sind und eine unregelmäſsige, warzenähnliche Oberfläche aufweisen, zeigen folgende Struktur:

Die Epidermis hat nicht ihr normales Aussehen, sondern erscheint im Gesamten, unter geringer Vergröfserung, ungleichmäfsig dick und unregelmäfsig gestaltet; sie hat an gewissen Stellen eine abnorme Dicke, während sie an anderen dünner als gewöhnlich ist; wo sie verdickt ist, zeigt sie ein verruköses Aussehen; es fehlt die gewöhnliche Anordnung der MALPIGHIschen Zapfen, welche an gewissen Stellen eine übernormale Gröfse haben, an anderen verdünnt sind und stellenweise sogar ganz fehlen. Die zellularen Elemente und die verschiedenen Schichten haben jedoch ihr normales Aussehen beibehalten. Die Verhornung erscheint regelmäfsig und ist nur an den Stellen intensiver, wo die Haarfollikel münden. In der Basalschicht beobachtet man eine normale Pigmentierung.

Das Derma besteht bei fast allen Knoten aus normalem acidophilen Kollagen und aus normalem elastischen Gewebe: es sind somit keine Spuren jener tinktoriell und strukturell anormalen Formen vorhanden, welche in der Pathologie des Hautbindegewebes vorkommen. Ich habe, „fast" gesagt, weil in der Tat umschriebene und oberflächliche Zonen des Dermas vorkommen, wo sich das Kollagen in färberischer Beziehung zwar normal verhält, aber eine abnorme Kompaktheit der Bündel aufweist, und das elastische Gewebe fehlt. Diese fibroiden Zonen entsprechen den oben erwähnten Strecken mit verdünnter Epidermis und fehlenden MALPIGHIschen Zapfen.

Die Bindegewebszellen sind zahlreich, und zwar bald zwischen den Bindegewebsfasern zerstreut, bald gruppiert. Sie haben das Aussehen der fixen polymorphen Bindegewebszellen. In den höheren Schichten des Dermas beobachtet man zahlreiche Cellulae pigmentiferae, und in der Papillenzone findet man Gruppen von Zellen, welche die Charaktere jener von einigen Autoren als Naevuszellen bezeichneten Elemente aufweisen. Man beobachtet ferner, besonders in der Umgebung von Gefäfsen, lymphoide Zellen, deren Menge jedoch nur eine geringe ist.

Man findet zahlreiche, in verschiedener Weise geschlängelte, bald erweiterte, bald verengerte Blutgefäfse, welche aus einer endothelialen Wand und aus wenigen perithelialen Zellen gebildet sind. Diese Gefäfse bilden zuweilen, indem sie sich in verschiedener Weise ineinanderflechten, angiomatöse Zonen. Besonders interessant sind ihre Beziehungen zu den Haarfollikeln, in deren Umgebung sie besonders zahlreich und voluminös erscheinen; stellenweise scheinen sie sogar eine vaskuläre Scheide zu bilden, welche der Follikel umgibt.

Hier und da findet man im Derma Bündel von Muskelfaserzellen.

Die Haarfollikeln bilden einen grofsen Teil der Masse des Knotens, indem sie in demselben zahlreich vorhanden sind. Sie haben in dem Knoten verschiedene Richtungen, so dafs sie durch den Schnitt bald quer, bald schräg, bald der Länge nach getroffen werden. Ihre Struktur ver-

dient die gröfste Beachtung; es gibt eine ziemliche Anzahl Follikeln anormaler Flaumhaare, und ferner Follikeln, welche in mehreren Beziehungen normal sind. In erster Linie findet man Follikeln, welche zwar in Bezug auf Struktur und Färbung normale Scheiden und normalen Inhalt aufweisen, aber eine deutliche seitliche Knospung, mit Entstehung kleiner Follikeln zeigen, deren Struktur so deutlich ist, dafs sie nicht mit Talgfollikeln verwechselt werden können. Man findet ferner ziemlich voluminöse Follikeln, welche ein oder mehrere gerade oder krumme, an den Wänden der Follikeln selbst adhärierende Haare enthalten. Dann beobachtet man auch Follikeln, die den soeben erwähnten ähneln, aber Strukturveränderungen aufweisen, welche sich durch eine unbestimmte Entartung der Malpighischen Zellen äufsern, infolge von welcher sie sich zerstückeln und zerspalten und eine mehr oder minder voluminöse cystische Höhle entsteht, welche diese Zerfallprodukte, Flaumhaare und zuweilen wandernde leukocytäre Zellen enthält, die vom umgebenden Derma ausgehend durch den Follikel eindringen, um diese Entartungszone zu erreichen: zwischen diesen Produkten sind keine Bakterien nachweisbar. Die Zerstörung und Resorption der Zellen der Follikelscheiden sind progressiv, indem man stellenweise Follikel antrifft, welche zu einer halbleeren Höhle reduziert sind, welche durch eine oder zwei Schichten von deformierten Epithelzellen begrenzt ist und an Gefäfse erinnern würde, wenn das Vorhandensein eines oder mehrerer Haare in der Höhle nicht auf die wirkliche Natur dieser deutlich hinwiese.

In der Umgebung dieser Follikeln erscheinen die Gefäfse zuerst sehr entwickelt, dann scheinen sie aber zu verschwinden, indem man in der Umgebung einer kleinen eiförmigen Höhle, von der man nicht recht sagen kann, ob sie den Rest des Follikels oder seiner Gefäfse darstellt, eine Zone normalen oder an fibroplastischen Bindegewebszellen und an lymphoiden Zellen reichen Bindegewebes vorfindet.

In der Umgebung dieser Follikeln mit vorgeschrittener cystischer Degenereszenz findet man mehrfach verschiedene gesunde Follikelknospen.

Keine Spuren von Talgfollikeln oder Schweifsfollikeln.

Schliefslich mufs ich noch erwähnen, dafs man an der Ausmündung gut erhaltener Follikeln selten Eiterblasen findet.

Die kleineren Knötchen, welche ich untersuchte, zeigten eine ganz andere Struktur. Ebenso wie sie in klinischer Hinsicht abgeflacht und glatt aussehen, weisen sie auch in anatomischer Beziehung eine ziemlich regelmäfsige Oberfläche auf.

Die bekleidende Epidermis ist atrophisch, d. h. sie besteht aus wenigen Zellenschichten, wobei die Malpighischen Zapfen gänzlich fehlen, obwohl die Zellen normales Aussehen und normale Farbe haben.

Das Derma besteht aus acidophilem Kollagen, welches ziemlich grofse,

wenig gewellte Bündel zeigt und arm an fixen Zellen und an Blutgefäſsen ist, jedoch hier und da an lymphoiden Zellen reiche Zellennester aufweist. Das elastische Gewebe fehlt fast gänzlich und ist auf wenige hier und da, besonders in der subepidermischen Zone vereinzelt stehende Fibrillen reduziert. In diesem Derma fehlen auch die Haarfollikeln, oder man findet einzelne intakte in der Tiefe.

Rings um diese Zone, welche ich fibroid nennen würde und welche der oben im verrukoiden Knoten beschriebenen ähnlich ist, findet man wieder kollagenes Bindegewebe, elastisches Gewebe, normale Follikeln und normale Epidermis.

Es schien mir zweckmäſsig, die kleinen Gebilde von den groſsen getrennt zu halten, weil sich aus einer flüchtigen bzw. summarischen Untersuchung sofort ein gewisser Unterschied zwischen der Struktur der ersteren und derjenigen der letzteren ergab. In den gröſseren Knoten fand ich auch Erscheinungen, welche mir sehr wichtig schienen, indem sie auf eine Evolution in der Dermatose hinwiesen.

Der von mir beschriebene Fall gehört unzweifelhaft zu jener Krankheitsform, welche 1899 Pringle[2] beschrieben und als Adenoma sebaceum congenitum beschrieben hat. Es handelte sich dort um eine 25jährige Frau, welche seit ihrer Kindheit an der betreffenden Hautaffektion litt. Diese äuſserte sich durch hirsekorn- bis hanfsamengroſse, gelblich-rote oder rote Knoten mit ektasischen geschlängelten Gefäſschen. Diese Gebilde hatten in den Nasenwangenfalten, der Nasenlippenfurche, auf den Backen, den Augenlidern und dem Kinn ihren Sitz. Histologisch bestand eine Hypertrophie des Papillarkörpers, eine Vermehrung und Vergröſserung der Talgdrüsen und eine Erweiterung der Blutgefäſse. Patientin hatte eine ziemlich unternormale Intelligenz.

Nach Pringle haben mehrere andere Autoren ähnliche Fällen veröffentlicht. In Bezug auf die Literatur verweise ich auf die vor kurzem erschienene Arbeit von Pasini[3], welcher eine ausführliche literarische Zusammenstellung beiliegt.

Während man nun aus den in die Literatur eingetragenen Fälle erfährt, daſs die Knoten stets mehr oder minder dasselbe Aussehen und denselben Sitz haben und in Bezug auf ihr Auftreten und ihre Dauer einander mehr oder minder gleichen, ist hingegen ihre histologische Struktur eine sehr verschiedene und die Hypertrophie des Dermabinde-

[2] Pringle, A case of congenital adenoma (*The brit. Journal of Dermat.*, 1899).

[3] Pasini, Sul così detto adenoma sebaceo (Pringle). Nevo fibromatoso angectasico simmetrico del volto. (*Giorn. ital. della mal. ven. e della pelle.* 1909.)

gewebes die einzige konstante Erscheinung, während alle übrigen Elemente sich von Fall zu Fall verschieden verhalten und auch die Vaskularisation eine unkonstante ist.

Und diese Verschiedenheit von Fall zu Fall findet man auch in den verschiedenen Knoten eines und desselben Individuums. So beobachtet man bald, wie in dem Falle PRINGLEs, hypertrophische und hyperplastische und bald normale Talgdrüsen, und zuweilen das gänzliche Fehlen derselben. Ferner sind die Schweifsdrüsen, das elastische Gewebe, das Pigment usw. an dem Prozefs verschieden beteiligt.

In meinem Fall fand ich, wie bereits erwähnt, bei der Untersuchung, welche sich über sechs Knoten verschiedener Gröfse und Farbe erstreckte, zwei histologisch verschiedene Arten von Gebilden, und kann nicht mit Sicherheit angeben, ob man, wenn eine Untersuchung aller Knoten möglich gewesen wäre, nicht noch andere Arten gefunden hätte. Es ist schwer zu bestimmen, ob die beiden genannten Typen gänzlich von einander unabhängig sind oder der eine durch Umwandlung des anderen entstanden ist, d. h. ob jeder Typus getrennt entstanden ist und sich entwickelt hat, oder der eine in den anderen übergegangen ist.

Wie wir oben sahen, fand ich in vielen Haarfollikeln primäre degenerative Veränderung ohne irgend welche entzündliche Veränderung, obwohl stellenweise auch alterierte Follikel vorkamen, welche eine Leukocyteninvasion zeigten; wir sahen ferner, dafs diese degenerative Veränderungen stellenweise bis zum gänzlichen Verschwinden der Follikel geführt hatten, ohne dafs auch nur Spuren von Entzündungsprozessen nachweisbar gewesen wären, und schliefslich, dafs an einzelnen seltenen Follikeln Eiterbläschen gefunden wurden.

Auf Grund dieses Befundes müssen wir schliefsen, dafs die entzündlichen Erscheinungen in den Follikeln rein akzidentell sind, sei es, dafs man sie auf eine Infektion der Mündung des Follikels zurückführen oder annehmen will, dafs in der Umgebung von Follikeln, welche einem Zerfall primär anheimfallen, eine entzündliche Reaktion eintreten kann.

Es mufs hier die Tatsache hervorgehoben werden, dafs die Resorption von Entartungsprodukten der der Zerstörung anheimfallenden Follikel stets ohne granulomatöse Reaktion vor sich geht, während diese im allgemeinen eintritt, wenn dem Absterben verfallende Follikel im Bindegewebe eingeschlossen sind.

In unserem Fall ist somit die Möglichkeit gegeben, dafs die Follikel von primären regressiven Prozessen befallen werden und gänzlich verschwinden, wenn nicht gerade eine Regeneration durch seitliche Knospung der Follikeln selbst stattfindet. Wenn diese Knospung fehlt, ist der Knoten unzweifelhaft am Ende ohne Follikeln.

Es fragt sich nun, ob die Knoten des zweiten Typus, welche keine

Follikeln aufweisen, aus reinem Bindegewebe ohne elastisches Gewebe — welches in den Knoten des ersten Typus so reichlich vorhanden ist — gebildet und arm an fixen Zellen und an Gefäſsen sind, ein fibroides Aussehen haben und mit einer Epidermis bekleidet sind, in welcher keine MALPIGHIschen Zapfen nachweisbar sind — wie es bei der Epidermis der Fall ist, welche ein Narbenbindegewebe überkleidet — nicht von denjenigen des ersten Typus durch allmähliches Verschwinden der Follikeln herstammen, d. h. ob sie nicht einfach die Narbe der ersteren darstellen. Diese Frage ist jedenfalls schwer zu beantworten, obwohl das gleichzeitige Vorkommen der beiden Strukturtypen in dem oben beschriebenen gröſseren Knoten auf den Beginn des fibroiden Prozesses in diesem Knoten hinweist.

Wie dem auch sei, meine Beobachtungen haben eine Evolution der Bestandteile der Dermatose an und für sich, in Unabhängigkeit vom event. akzidentellen Zutreten entzündlicher Erscheinungen, nachgewiesen.

Dadurch wird nach meiner Ansicht keineswegs die Art und Weise geändert, in der die Dermatose zu deuten ist und bereits von mehreren Autoren gedeutet worden ist, indem es sich um einen besonderen symmetrischen Naevus des Gesichts handelt (ich brauche nicht näher auf die Unrichtigkeit der Benennung PRINGLES als Adenom einzugehen, nachdem zahlreiche Fälle aus der Literatur und auch meiner bewiesen haben, daſs bei der Zusammensetzung der Knoten ein jedes drüsige Element fehlen kann). In der Tat, es handelt sich um eine Dermatose, welche aus Neubildungen besteht, welche in Unabhängigkeit von entzündlichen Prozessen entstehen und von echten Neoplasien verschieden sind: es sind somit Miſsbildungen der Haut, welche alle Charaktere der multiplen Naevi aufweisen, d. h.:

das Angeborensein oder das Auftreten ohne nachweisbare Ursache, wenn man die Existenz einer seit dem Beginn der Entwicklung des Wesens präformierten und somit latenten Neubildung ausnimmt;
das Stationärbleiben der Krankheit in ihrer Gesamtheit, nachdem sie einen gewissen Entwicklungsgrad erreicht hat;
die bedeutende Variabilität des Aussehens besonders hinsichtlich der Farbe;
die Verschiedenheit der Struktur zwischen zwei verschiedenen Punkten eines und desselben Knotens (was nach KAPOSI einen Charakter der ausgedehnten Naevi darstellt);
das gleichzeitige Bestehen anderer kongenitaler Miſsbildungen;
das Vorhandensein von Zeichen von geistiger Degenereszenz.

Anderseits ist es allbekannt, und durch eine Unzahl von Beobachtungen auch von Laien nachgewiesen, daſs die Naevi im allgemeinen progressive oder regressive Veränderungen und verschiedenartige Umwandlungen erfahren können.

Zu welcher Varietät der Naevi gehört nun die Dermatose?

Nach meiner Ansicht handelt es sich im vorliegenden Fall um einen besonderen Typus, dessen anatomische Grundlage, wie ich bereits erwähnt habe, in einer Hypertrophie des Bindegewebes besteht, so dafs die Neubildung weder unter die fibromatösen molluskoiden, noch unter die verrukösen oder die angiomatösen Formen eingereiht werden kann, obwohl man mehrfach eine Gefäfswucherung und zuweilen, wie in meinem Fall, echte angiomatöse Herde im Gefüge des Gewebes selbst antrifft.

Es handelt sich um Naevi mit konnektivaler Basis, welche wegen ihrer charakteristischen Anordnung verdienen als symmetrisch bezeichnet zu werden, und in der Klassifizierung, welche Birt[4] aufgestellt hat, den Platz der Naevi adenomatosi sebacei zu nehmen, mit welcher Benennung Birt offenbar die Pringlesche Affektion bezeichnen wollte, als man glaubte, die anatomische Basis derselben sei das Adenom.

Nach meiner Meinung ist es unnötig und zwecklos, diese symmetrischen Naevi, wie es einige Autoren tun, je nach ihrem Reichtum an Drüsen, an Gefäfsen oder an Bindegewebe in verschiedene Typen einzuteilen, da, wie bereits erwähnt, bei einem und demselben Individuum die einzelnen Knoten eine verschiedene Struktur aufweisen können. Wenn man den verschiedenen histologischen Varietäten entsprechend verschiedene Typen unterscheiden wollte, müfste ich meinen Fall mit einem neuen auf die bedeutende Vermehrung und Entwicklung der Haarfollikeln hinweisenden Adjektivum belegen, was ich aber nicht tue, weil ich wahrscheinlich, wenn ich noch weitere Tumoren resp. Knoten untersucht hätte, auch noch weitere Bestandteile in denselben gefunden hätte.

Ich möchte jedoch, bevor ich meine Arbeit abschliefse, einige Betrachtungen über andere Krankheitsformen anstellen, welche ebenfalls als Adenome bezeichnet worden sind, um zu sehen, welche Dermatosen diesen Namen tatsächlich verdienen.

In dieser Beziehung sind in erster Linie die von Balzer und Menetrier[5] 1885 und von Balzer und Grandhomme[6] 1886 als Adenoma sebaceum beschriebenen Fälle zu nennen: ich mufs aber gestehen, dafs ich aus der Lektüre dieser beiden Arbeiten die Überzeugung gewonnen habe, dafs es sich dort weder um Adenome noch um Epitheliome, wie einige Autoren behaupten, sondern um eine Hautkrankheit handelt, welche im wesentlichen nicht von der Pringleschen verschieden ist.

[4] Birt, *La pratique dermatologique*, Bd. III. Masson - Paris, 1902.

[5] Balzer et Menetrier, Adénomes sébacés de la face et du cuire chevelu. (*Arch. de physiol.* 1885.)

[6] Balzer et Grandhomme, Adénomes sébacés. (*Arch. de physiol.* 1886.)

In der Tat, bei der ersten Kranken trat im Alter von 21 Jahren zuerst auf dem Gesicht, dann hier und da auf dem Kopf und dem Nacken eine Dermatose auf, bestehend aus zahlreichen, stecknadelkopf- bis linsengrofsen, hemisphärischen oder etwas abgespitzten, vollen, ungestielten kleinen Tumoren, von denen einzelne ganz oberflächlich gelappt waren; ihre Farbe glich derjenigen der umgebenden Haut, nur einzelne zeigten kleine venöse Arborisierungen. Auf mehreren sah man kleine runde weifse, dem Milium sebaceum sehr ähnliche Punkte. Die Tumoren blieben mehrere Jahre stationär, bis sie, durch einfache Ausschabung entfernt, glatt abheilten und einer Narbe den Platz räumten und sich nicht wieder entwickelten. Histologisch waren die Tumoren aus einem Bindegewebe gebildet, zwischen welchem man Epithelmassen verschiedenen Aussehens (in Form von gelappten Massen, oder von vollen oder leeren, bald isolierten, bald miteinander anastomosierten Strängen [Cysten]) beobachtete; verbunden mit diesen Epithelmassen fand man verschieden veränderte Talgdrüsen, Schweifsdrüsen und Haarfollikel. Man hatte es offenbar mit einer Epithelwucherung zu tun, deren Ausgangspunkt, wie die Autoren selbst sagen, nicht bestimmt werden konnte, und welche an ein retikuliertes Epitheliom erinnerte.

Es ist in der Tat sicher, dafs auch die echten Epitheliome in ihren intradermischen Ausläufern an Talg- oder Schweifsdrüsen erinnern können, ohne dafs jedoch ihr Ausgangspunkt auf diese Organe zurückgeführt werden kann.

Der zweite Fall war ein ähnlicher. Es handelte sich um eine 32jährige Frau, bei welcher die Dermatose seit der Geburt bestand. Die Dermatose bestand aus zahlreichen, hemisphärischen, stecknadelkopf- bis linsengrofsen, ungestielten oder zusammenfliefsenden, meistens glatten, zum Teil gelappten Erhabenheiten, welche dieselbe Farbe wie die umgebende Haut hatten; einige darunter zeigten eine feine Gefäfsarborisation und gelblich-weifse, Cysten entsprechende Punkte. Die Dermatose hatte auf dem Gesichte und besonders in den Nasenbackenfurchen ihren Sitz: man fand jedoch auch einzelne Knoten am Halse und am Nacken. In histologischer Beziehung zeigte das Gewebe eine Wucherung des Haar- und Talgapparates, ähnlich wie in dem anderen Fall.

Ich möchte nun fragen, warum man diese beiden Fälle nicht sowohl unter dem klinischen wie dem anatomischen Gesichtspunkte als Naevi simmetrici bezeichnen könnte. Darier[7] behauptet, sie seien wegen ihrer Farbe von dem Pringleschen zu trennen: dies scheint mir nicht richtig, wenn man bedenkt, einerseits, dafs in meinem Fall die Farbe mehrerer Tumoren derjenigen der normalen Haut glich, andererseits, dafs selbst in den Fällen

[7] *Pratique dermatologique.* Bd. I.

von BALZER einige Knoten mehr oder minder entwickelte Angiektasien zeigten. Und wenn man die histologische Struktur betrachtet, so stellen die Fälle BALZERS nichts anderes als die drüsige Varietät des Typus dar. Wie kann übrigens bei dem klinischen Verlauf dieser Knoten, ihrer Gutartigkeit und ihrer leichten Exstirpation, auf welche keine Rezidive eintreten, von Epitheliomen die Rede sein? Offenbar fehlt dieser Annahme jede ernste Grundlage.

Ich will auf eine andere Gruppe von Adenomen, die eruptiven Hydradenome, nicht näher eingehen, welche mit verschiedenen Namen belegt worden sind und deren vermutete Abstammung von den Schweifsorganen immer zweifelhafter erscheint. Auch diese Form scheint (HALLOPEAU und LEREDDE) unter die Naevi gezählt werden zu können und sich der PRINGLEschen Krankheit sehr zu nähern.

Ich glaube, dafs man eine einzige nosologische Einheit resp. eine einheitliche selbständige Krankheit aufstellen kann, welche verschiedene klinische und histologische Varietäten zusammenfafst, die den Wert der einheitlichen Auffassung der Gruppe in klinischer, ätiologischer und anatomischer Beziehung nicht vermindern.

Somit bliebe die Benennung: Adenome auf jene gutartigen kutanen Neoplasien ohne Neigung zu Infiltrationen oder zu Metastasen beschränkt, welche man bei Erwachsenen und Greisen, besonders an der behaarten Kopfhaut, beobachtet, und welche meistens vereinzelt, selten mehrfach auftreten, linsen- bis wallnufs- oder auch apfelsinengrofs sind, eine glatte oder gelappte, zuweilen geschwürige Oberfläche und eine blasse oder gelbliche Farbe haben, eingekapselt sind und aus Talgdrüsenepithelien gebildet sind, welchen die normale Anordnung und Funktion fehlt. Von diesen mufs man auch die echten Naevi sebacei unterscheiden, welche meistens am Kopf in Form kleiner, angeborener, gutartiger, umschriebener, gelblichweifser, harter, schmerzloser Tumoren auftreten und aus Anhäufungen von in morphologischer und funktioneller Hinsicht gänzlich normalen Talgdrüsen gebildet sind und somit nur infolge ihrer abnormen Gröfse, ihrer Zahl und ihrer Lokalisierung ausschliefslich an einer bestimmten Stelle der Haut eine Anomalie darstellen. Über Näheres bezüglich dieser beiden letzten Krankheitsformen verweise ich auf die Arbeit von PICCARDI.[8]

Schlufsfolgerungen.

Der oben von mir beschriebene Fall (bei welchem die anatomischen Bestandteile folgende sind: Bindegewebe, Gefäfse, normale und cystische Haarfollikel) spricht, ebenso wie zahlreiche andere in die Literatur ein-

[8] PICCARDI, GER., Adenoma sebaceo e nevo sebaceo. (*Giorn. ital. delle malat. ven. e della pelle.* 1900.)

getragene Fälle, gegen die adenomatöse Natur der zuerst von PRINGLE beschriebenen Dermatose.

Diese Hautkrankheit scheint tatsächlich in die Gruppe der zusammengesetzten Naevi einzureihen zu sein, welche keine konstante, sondern eine in den einzelnen Fällen und sogar in einem und demselben Fall wechselnde anatomische Struktur haben, indem man zwischen einer an Gefäfsen mehr oder minder reichen (zuweilen so reich, dafs von angiektasischen Naevi die Rede sein kann) Bindegewebsmasse verschieden gewucherte und gestaltete MALPIGHIsche Epithelmassen, so dafs die Neubildung ein epitheliomatöses Aussehen annimmt, oder Talgfollikeln (adenomatöses Aussehen), oder Haarfollikeln, Schweifsfollikeln, Cysten usw. in verschiedener Zahl und Anordnung finden kann.

Die klinische Gestaltung ist, abgesehen von der von dem Reichtum an Gefäfsen abhängenden wechselnden Farbe, eine konstante, ebenso wie der Sitz und die topographische Anordnung der Affektion, welcher die Benennung: symmetrische Naevi des Gesichtes zukommt.

Das Adenoma sebaceum von BALZER ist nichts anderes als eine Varietät der genannten Dermatose.

Nahe verwandt mit dieser Gruppe, und somit als zusammengesetzte Naevi sind auch jene Formen zu bezeichnen, welche in den Lehrbüchern unter der Bezeichnung: eruptive Hydradenome zusammengefafst werden, welche, während sie in klinischer Hinsicht, besonders in Bezug auf Sitz und Farbe, etwas von dem Typus der ersten Gruppe abweichen, in anatomischer Beziehung hingegen eine Variabilität ihrer Bestandteile und ihrer Struktur aufweisen, welche sehr an die PRINGLEsche Form erinnert.

Es erscheint somit nicht unwahrscheinlich, dafs alle diese verschiedenen Formen von Hautkrankheiten nichts anderes als Glieder einer und derselben Kette darstellen.

Diese systematisierten multiplen Naevi sind von anderweitigen organischen Erscheinungen begleitet, d. h. von den Zeichen einer körperlichen Degeneration und von Symptomen von seiten des Nervensystems. Diese Tatsache ist von grofser Bedeutung, indem sie den Gedanken nahelegt, den Ursprung der Krankheit im fötalen Leben, d. h. im Ektoderm zu suchen.

Der echte Naevus sebaceus simplex stellt eine selbständige, unter anderen auch von PICCARDI beschriebene Form dar, ebenso wie das echte Adenoma sebaceum einen besonderen Krankheitstypus darstellt, der von PORTA, BOEK u. a. m. beschriebenen Fällen entspricht und nichts mit den Naevi zu tun hat.

Dem Herrn Prof. MAJOCCHI drücke ich hier für seine freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank aus.

Aus dem Laboratorium von Prof. SABOLOTNY.

Zur Frage der Serodiagnostik und Vaccinetherapie bei der gynäkologischen Gonorrhoe.

Von

Dr. VERA DEMBSKA.

Während des vergangenen Winters habe ich die Gelegenheit gehabt, mehr als 50 Fälle der gynäkologischen Gonorrhoe mit einer von mir hergestellten Vaccine zu behandeln.

Es schien mir von vornherein, daſs die Vaccinetherapie gerade in diesem Gebiete Gutes leisten sollte.

Mit welchen Krankheitserscheinungen nämlich haben wir bei der gynäkologischen Gonorrhoe zu tun?

Die vertikale Lage vom Uterus, Cervix und Urethra stellt sie in verhältnismäſsig günstige Bedingungen, sichert ihnen eine gute Drainage, so daſs sie sich einigermaſsen von den pathologischen Produkten befreien können, was aber die Tuben anbetrifft, so ist ihre Lage eine sehr ungünstige; ihre horizontale Lage erschwert den Abfluſs der Sekrete, die sie strotzend anfüllen, ihre Wände ausdehnen und sie nach unten ziehen; was wiederum zu venöser Stauung und mangelhafter Ernährung führt.

Abgesehen von ihrer ungünstigen Lage, sind die Tuben noch deshalb weniger widerstandsfähig, weil sie ein embryologisch unvollendetes Organ darstellen; es sind ja diejenigen Teile der MÜLLERschen Gänge, die an der Bildung des Uterus nicht teilnahmen, die sozusagen auf halbem Wege ihrer Entwicklung stehen geblieben sind und wie jedes unentwickelte Organ einen Locus minoris resistentiae darstellen. Der Infektionsstoff nistet sich, nachdem er in die Tuben gelangt ist, dort fest ein. Um die Generalisierung des Infektionsprozesses zu verhindern, bemüht sich der Organismus, den infizierten Herd abzugrenzen: die Fimbrien verkleben, es bilden sich Verwachsungen. Und gerade solche abgegrenzten Herde sind arm an antibakteriellen Schutzstoffen des Blutes wegen Stauung der Lymphe. Der bakteriotische Druck ist dort sehr niedrig und auch die fagocytäre Tätigkeit der Leukocyten ist durch die tryptischen Fermente der zugrundegehenden Eiterkörper paralysiert. Die Vaccinetherapie im Sinne WRIGHTS hat das Ziel, den Lymphstrom zu befördern und die Lymphe mit solchen antibakteriellen Körpern zu sättigen, welche spezifisch diejenigen Stoffe treffen müssen, zu deren Vernichtung sie der Organismus geschaffen hat.

Die Gonorrhoe der Uterusadnexa ist vom theoretischen Standpunkt heilbar, da der Gonococcus für einen sehr wenig widerstandsfähigen Organismus gehalten wird. De facto aber gelangt sie fast niemals zur vollen Ausheilung. Fälle von Heilung sind exquisit selten und erfordern Bedingungen, die nur für sehr wohlhabende Personen erfüllbar sind. Was aber die Frauen der Arbeitsklassen anbetrifft, so gestaltet sich der Verlauf der Erkrankung folgendermaſsen: Sie verweilt eine gewisse Zeit im Krankenhause, verläſst dasselbe gebessert, die schwere Arbeit und Traumen führen aber bald zum Rezidive. Erneutes klinisches Regime gibt wieder einige Besserung, die die schweren Lebensbedingungen sehr bald wieder zerstören. Dieses wiederholt sich ohne Ende, bis die Geduld der Patientin erschöpft und sie bereit ist, jede Operation zu ertragen, um nur von ihrem Leiden befreit zu werden. Unser operativer Eingriff ist in ähnlichen Fällen ein echtes Testimonium pauperitatis: man ist ja gezwungen eine Frau zu verstümmeln, die in der Blüte ihrer sexuellen Tätigkeit steht, sie konzeptionsunfähig zu machen, oft auch die Ovarien, ein so wichtiges Organ der inneren Sekretion, zu entfernen. Und das um so hohen Preis errungene Wohlbefinden ist nicht sehr stabil: es bestehen Schmerzen infolge der Narben, die die Lage der Beckenorgane verändern. Englische Autoren (HUNTER) beschreiben, daſs nach solchen Operationen häufig eine erhöhte Empfindlichkeit der Blase (tender bladder) und des Beckenzellgewebes bestehen bleibt, als ob die Vergiftung durch das Gonokokkentoxin fortdauern würde. Auch sind diese Operationen nicht so ganz gefahrlos: so berichtet PRICE über einen Fall, wo nach der Exstirpation einer Tube bei einer gonorrhoischen Salpingitis der infektiöse Prozeſs sich generalisierte: am zweiten Tage entstand eine gonorrhoische Polyatritis, am 15. Endokarditis, die zum Tode führte. Es wäre höchst wünschenswert, gerade solche Fälle der chronischen Gonorrhoe vor der Operation zu behüten und sie durch eine spezifische Therapie zu bekämpfen. Damit nun die spezifische Therapie auf einem rationellen Boden stehe, muſs sie auf einer exakten Diagnose basieren. Die Diagnosestellung bei der chronischen weiblichen Gonorrhoe ist aber gar nicht so leicht. Dabei kann man sich weder auf die Anamnese, noch auf das Mikroskop stützen. Ich versuchte daher zu diesem Zwecke die serodiagnostische Reaktion von BORDET-GENGOU zu verwerten.

Anfangs habe ich zu dem Zwecke Fälle der generalisierten Gonorrhoe ausgesucht. Sera Nr. 1, 2 und 3 stammen von Kranken, die seit zirka einen Monat krank waren. Bei allen lassen sich aus dem eitrigen Sekret der Urethra lebensfähige Gonokokken züchten und sind mehrere Gelenke schmerzhaft und geschwollen; die Kranke Nr. 2 hat noch eine typische Tendovaginitis auf der rechten Hand.

Alle drei Sera gaben eine klare Hemmung der Hämolyse.

Nachdem es somit erwiesen war, dafs die generalisierte Gonorrhoe eine Anhäufung von Antikörpern im Blute gibt, gingen wir zur Untersuchung des Blutes von Kranken mit einer lokalisierten Gonorrhoe über: Serum Nr. 4. Krank seit vier Wochen, schmerzhaftes Urinieren, eitriger Ausflufs, vergröfserte Adnexa, mikroskopisch Gonokokken nachweisbar. Nr. 5. Krank seit Jahren, vor zwei Wochen nach einem Excesse in Bacco et Venere verschlimmerten sich die Symptome merklich. Gonokokken vorhanden.

Auch diese beiden Fälle gaben eine klare Hemmung der Hämolyse.

Wir untersuchten nun Fälle, wo keine Gonokokken mehr nachweisbar waren, die Diagnose „Gonorrhoe" aber auf Grund des klinischen Bildes und Anamnese gestellt wurde. Serum Nr. 6 Anna K. Nr. 7 Tatiana P. Nr. 8 Euphrosinia N. Die Beschwerden. über die sie klagen, sind ziemlich dieselben: Schmerzen im Unterleibe und Kreuzbeine, vergröfserte Adnexa, spärlicher Ausflufs, zuweilen subfebrile Temperatur.

Sera von Anna K. und Tatiana P. gaben eine deutliche Hemmung der Hämolyse. Das Serum von Euphrosinia N. gab eine ebenso schnelle und vollständige Auflösung der Hammelerythrocyten wie das Kontrollserum vom normalen Menschen.

Die bald nachdem an der Euphrosinia N. ausgeführte Operation ergab ein vereitertes Ovarialcystom. Die Serodiagnose wurde also bestätigt.

Während des vergangenen Winters habe ich Sera von etwa 100 Kranken untersucht. Manche von meinen Fällen sind kasuistisch interessant, z. B. Luceria E. wurde im November in die therapeutische Abteilung der Klinik aufgenommen: Insuficientia et stenosis valvulae mitralis, das linke Kniegelenk ist schmerzhaft und geschwollen, die Kapseln der beiden Fufsgelenke sind verdickt, es bestehen Residua einer Periparametritis postica. Die Kranke hat Fieber von sehr unregelmäfsigem Typus. Am 14. Novomber wurde ihr Blutserum mit Gonococcusantigen auf die Anwesenheit von Bordets Antikörper untersucht, und es fand sich eine deutliche Hemmung der Hämolyse. Die Kranke wurde trotzdem als eine an Gelenkrheumatismus leidende betrachtet und in entsprechender Weise behandelt. Als ich nach sechs Wochen die Kranke wieder zu sehen bekam, fand ich, dafs der Prozefs sich generalisiert hatte, es traten Symptome einer Nierenentzündung auf. Der steril entnommene Harn wurde auf Ascitbouillon ausgesät und es entwickelte sich eine Reinkultur von Gonococcus Neisseri. Die Serodiagnose wurde also bestätigt.

Ein anderer Fall: Helene L. wurde in die Gynäkologische Klinik mit den Erscheinungen von Pelveoperitonitis post abortum artificialem aufgenommen. Man hatte allen Grund, einen gonorrhoischen Ursprung der Krankheit zu vermuten: die Kranke hatte im Laufe des vorigen Winters an eitrigem Ausflufs mit schmerzhaftem Urinieren gelitten. Diese

Symptome hatten sich darauf gemildert, doch die Hyperämia graviditatis und dann das Trauma des artifiziellen Abortus hatten der schlummernden Infektion einen starken Impuls zum neuen Aufleben gegeben. Das klinische Bild der Erkrankung widersprach dieser Vermutung nicht: es bestand ein reichliches serofibrinöses Exsudat, die allgemeinen Symptome waren nicht sehr stürmisch und schienen die Tendenz zu haben, gegen den fünften Tag der Erkrankung abzunehmen, was für die gonorrhoischen Peritonitiden charakteristisch zu sein pflegt. In dieser Zeit wurde das Blut zur Untersuchung genommen, doch fiel die BORDETsche Reaktion negativ aus. Da wurde eine Probepunktion der hinteren Scheidengewölbe vorgenommen und in dem Eiter konnte man nur Streptokokken nachweisen. Also dieses Mal hat unser serodiagnostisches Verfahren uns auch nicht im Stich gelassen.

Ich habe im ganzen zirka 100 serodiagnostische Reaktionen angestellt und ich glaube alle diese Fälle in drei Kategorien teilen zu müssen:

I. Fälle des ersten Stadiums der Erkrankung mit bloſs initialen Erscheinungen: wie Urethritis, Vaginitis, Bartholinitis. Diese gaben eine kaum angedeutete Hemmung der Hämolyse, die wir mit + zu bezeichnen pflegen.

II. Die Infektion ist weiter fortgeschritten, hat Peritoneum und Adnexa in Mitleidenschaft gezogen. Diese Fälle geben gewöhnlich eine deutlich ausgeprägte Seroreaktion, doch geht sie nicht immer der Ausdehnung und der Schwere der Erkrankung parallel. Zuweilen gab eine akute Peritonitis in den ersten Tagen der Erkrankung nur Resultate, die die wir mit + ± zu bezeichnen pflegen, d. h. Hammelerythrocyten sanken zwar zu Boden, doch die oben stehende Flüssigkeit war rötlich gefärbt.

III. In ihrem vollen Umfange kam die Reaktionin in den Fällen der dritten Kategorie zustande, wo die Erkrankung zwei Wochen und mehr gedauert hatte. Hier bekamen wir eine farblose Flüssigkeit und alle Erythrocyten sanken zu Boden. Diese Erscheinung bezeichnen wir mit + + +.

Interessant in dieser Hinsicht ist der Fall von Agathe Z. Sie trat in die Klinik mit Erscheinungen von akuter Urethritis und Vulvovaginitis ein. Aus dem eitrigen Ausfluſs gelang es, lebensfähige Gonokokken zu züchten. Doch die BORDET-GENGOUsche Reaktion gab eine kaum angedeutete Hemmung der Hämolyse. Zwei Wochen später konstatierte die bimanuale Untersuchung eine rechtsseitige Salpingo-Oophoritis; die Untersuchung des Blutes wurde wiederholt und die Reaktion fand in ihrem vollen Umfange statt.

Um uns zu überzeugen, inwiefern die serodiagnostische Reaktion spezifisch ist, haben wir folgende Untersuchungen angestellt: Das Blutserum von einem typischen Gonorrhoiker wurde zu gleicher Zeit mit dem Streptococcus- und Gonococcusantigen in Berührung gebracht. Beide

Antigene wurden genau austitriert, zur Reaktion wurde ²/₃ und ½ von der ersten hämolysierenden Dosis genommen, das Blutserum 1:5 — 1:10 — 1:20 — 1:40 verdünnt. Mit dem Gonococcusantigen bekamen wir überall eine deutliche Hemmung der Hämolyse, mit den Streptokokken lösten sich die Hammelerythrocyten in allen Probiergläsern auf.

Und umgekehrt wurden Sera von Tieren genommen, die gegen verschiedene Arten von Streptokokken immunisiert waren: polyvalente, monovalente, rheumatische, skarlatinöse, puerperale Antistreptokokkensera und antigonococcus Hammelserum von Torrey — alle waren in verschiedenen Verdünnungen mit dem Gonococcusantigen in Berührung gebracht. Das monovalente und rheumatische Serum ergaben überall eine vollständige Hämolyse, das skarlatinöse und puerperale gaben nur in den ersten Verdünnungen 1:5 — 1:10 eine leichte Hemmung der Hämolyse. Was aber das Gonococcusserum anbetrifft so gab es bis in den stärksten Verdünnungen 1:90 — 1:140 eine deutliche Ablenkung vom Komplemente. Man kann also dieser Reaktion eine gewisse Spezifität nicht ableugnen, und sie verdient durchaus als eine Hilfsmethode bei der Diagnosestellung betrachtet zu werden. (Als Antigen benutzte ich stets eine Aufschwemmung von lebendigen Gonokokken in der physiologischen Kochsalzlösung und gebrauchte zur Reaktion die Hälfte der ersten hämolysierenden Dosis.)

Die Fälle, die ich mit meiner Vaccine behandelte, waren meistenteils chronische Fälle: gonorrhoische Periparametritiden und Adnexatumoren.

Standarisiert wurde das Vaccin in folgender Weise: 1,0 ccm davon wurde in ein graduiertes Röhrchen gesetzt und zentrifugiert, bis der Bodensatz vom konstanten Umfange blieb. Nach der Höhe des Bodensatzes bestimmten wir die Stärke des Vaccins. Mein Vaccin enthält auf 1,0 ccm 0,007 ccm Bakterien. Diese Bakterienemulsion wird bei 40° während einer Stunde in kleinen verlöteten Ampullen abgetötet, kein antiseptisches Mittel wird hinzugefügt. Ich beginne die Injektionen mit 4,5. Die Temperatur wird sorgfältig dreimal täglich gemessen. Je nach der Temperaturreaktion wiederholen wir nach drei bis vier Tagen dieselbe Dosis oder vergröſsern sie allmählich.

Mit mir zusammen beobachtete meine Patientinnen Herr Dr. Sternberg, Assistent von dem Geheimrat Ott. Er findet auch, daſs die Resultate der Vaccinetherapie bei der chronischen gynäkologischen Gonorrhoe ganz zufriedenstellend sind.

Die entzündlichen Neubildungen gelangen viel schneller zur Resorption als bei den alten Methoden. Nach der ersten Injektion ist fast konstant eine geringe Zunahme der Schmerzhaftigkeit und Schwellung des Entzündungsherdes zu konstatieren, diese lokale Vaccinereaktion scheint zu beweisen, daſs die injizierte Vaccine wirklich am Orte der Affektion angreift und dort die Rückbildungsvorgänge einleitet. Die Resorption des

Infiltrates setzt dann viel schneller ein, nach der vierten Injektion bemerkt man oft den auffallenden Rückgang. Die bindegeweblichen Residuen werden allmählich weicher und nachgiebiger.

In chronischen Fällen entstand der schon sistierte Ausfluſs nach drei bis vier Vaccinationen oft von neuem. Das scheint WRIGHTS Meinung über die Beförderung des Lymphstroms durch den Krankheitsherd zu bestätigen.

Vor der Behandlung untersuchte ich das Blutserum aller meiner Patientinnen auf die Anwesenheit von Antikörpern. Ich vaccinierte nur diejenigen Kranken, welche bei der BORDET-GENGOUschen Reaktion eine klare Hemmung der Hämolyse gaben, und während der Vaccination kontrollierte ich immerwährend das komplimentbindende Vermögen des Serum und finde, daſs im Anfang unter dem Einfluſs von Vaccination eine Anhäufung von Antikörpern im Blute stattfindet, dann aber steigt ihre Menge allmählich herab und sie verschwinden schlieſslich gänzlich.

Versammlungen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 5. (18.) Dezember 1909.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. MAMONOFF stellt einen Fall von **Mykosis fungoides** vor; Krankheitsdauer acht Jahre. Die Haut des Patienten zeigt in seiner ganzen Ausdehnung teilweise ekzematöse Veränderungen und lichenoide, flache Infiltrate, die hier und da eine serpiginöse Form annehmen, teilweise Ulcerationen und Pigmentationen; trotzdem die WASSERMANNsche Reaktion zweimal stark positiv ausgefallen ist, meint der Vortragende. daſs es sich hier um eine Mykosis fungoides handele, dem auch die klinische Evolution der Krankheit, sowie die günstigen Resultate der Arsentherapie entsprechen.

Diskussion: BORMANN ist der Meinung, daſs in diesem Falle einige vorhandene Hautveränderungen und hauptsächlich deren serpiginöse Form eher an Syphilis erinnern, umsomehr, als die WASSERMANNsche Reaktion positiv ausgefallen ist.

EHRLICH weist darauf hin, daſs die positive WASSERMANNsche Reaktion nur ein Zeichen dessen sei, daſs das fragliche Individuum ein Träger des syphilitischen Virus sei, nicht aber, daſs jedes zufällige Exanthem unbedingt syphilitischen Ursprungs zu sein braucht.

IWANOFF und PAWLOFF bemerken, daſs die schuppenden serpiginösen Formen auch bei Mykosis fungoides nicht so selten vorkämen; beide Opponenten hätten schon Gelegenheit gehabt, derartige Formen zu beobachten.

BORMANN erwidert auf EHRLICHS Bemerkung, daſs bezüglich der WASSERMANNschen Reaktion ihn EHRLICH miſsverstanden hätte.

2. BORMANN demonstriert eine 31jährige Kranke mit einer **Ulceration der Nasenhaut.** Die WASSERMANNsche Reaktion hat sich wohl positiv erwiesen, aber die

spezifische Therapie ist erfolglos geblieben; darauf trat Bormann zu der Röntgenbehandlung über und hat in ziemlich kurzer Zeit ein befriedigendes Resultat erzielt. B. meint daher, daſs es sich hier eher um ein Epitheliom handele. Die Demonstration wird erläutert durch mikroskopische Präparate.

Diskussion: Terebinsky fragt, ob die Pirquetsche sowie Calmettesche Reaktion oder die Impfung an Meerschweinchen angewendet worden seien?

Iwanoff spricht sich in dem Sinne aus, daſs das klinische Bild eher für Diagnose Syphilis spreche. Was die mikroskopischen Präparate anbetrifft, so meint J., daſs die Schnitte zu schräg seien, und daſs es deshalb schwer sei, nach dem mikroskopischen Bilde irgend ein Urteil auszusprechen.

Ehrlich meint, daſs das klinische Bild eher an Granulosis rubra nasi (Jadassohn) erinnere, wenn auch das Alter der Patientin dafür zu hoch sei. Was nun die gleichzeitig vorhandene, mehr diffuse Affektion der Backenhaut anbetrifft, so erinnere dieselbe eher an Syphilis.

Pawloff äuſserte sich zugunsten der Syphilis und erklärte dabei, daſs man hier mit der diffusen Form der Hautsyphilis zu tun hätte; derartige Formen seien in ihrem Anfangsstadium schwer zu unterscheiden, erst bei der Rückbildung des diffusen Infiltrates seien einzelne Knötchen wahrzunehmen, wodurch auch die Diagnose erleichtert wird.

3. Gundoroff hält einen Vortrag über **Ulcera mollia extragenitalia.** (Wird demnächst veröffentlicht.)

4. Abutkow hält eine Rede zum Andenken des verstorbenen Mitgliedes Dr. Schirijaeff-Moskau. (Wird demnächst veröffentlicht.)

Fachzeitschriften.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 3. Juni 1910.

Elektro-Therapeutical-Sektion.

Die Beseitigung der durch Prostatahypertrophie bedingten Beschwerden durch elektrische Behandlung, von J. S. Bolton. Zur Beseitigung der bei Vergröſserung der Prostata auftretenden bekannten Beschwerden in ihren verschiedenen Formen und wohl auch zur Erzielung einer Verkleinerung des geschwollenen Organes empfiehlt B. auf Grund einer Reihe von Beobachtungen die Anwendung des hochfrequenten Stromes vom Rectum aus. Man appliziert die Elektrode direkt auf die hintere Fläche der Prostata, wobei man zweckmäſsig mit der anderen Hand auf die Blasengegend drückt. Den Strom entnimmt man dem Dache des Resonators. Bei starker Hyperämie der Drüse und zur Behandlung von nervösen Reizzuständen sind massive Metallelektroden zu verwenden. Für harte Schwellungen hat B. sich spezielle Elektroden mit langem Stiel konstruiert, welche eine mehr direkt lokale Applikation ermöglichen. Die Sitzungen dauern in der Regel 15 Minuten und werden in dringenden Fällen täglich, sonst meistens dreimal wöchentlich verabreicht. Für Verdickungen des Mittellappens wäre noch eine spezielle Elektrode zur Behandlung von der Harnröhre aus zu konstruieren, aber die bei sonstiger Veränderung der Drüse erzielten Resultate bei einer Reihe kurz geschilderter Fälle waren höchst befriedigend.

Sitzung vom 16. Juni 1910.

Dermatological Section.

Naevus linearis mit verrukösen und vaskulösen Komplikationen, von H. G. Adamson. Bei einem siebenjährigen Knaben demonstrierte A. eine über die Aufsenseite des Oberschenkels nach dem Knie und der Wade verlaufende Läsion, welche zum Teil aus dunkelbraunen warzigen Flecken von 2—5 cm Breite, zum Teil aus portweinfarbenem Naevusgewebe bestand. Ein Analogon findet sich unter den Barettaschen Modellen.

Ein Fall von Granuloma annulare, von T. Colcott Fox. Bei einem vierjährigen Mädchen fanden sich am rechten Zeigefinger und an beiden kleinen Fingern ringförmig angeordnete Knötchen, deren Ätiologie noch dunkel erscheint.

Fall von Lichen planus bei einem Kinde, von H. Davis.

Fall zum Diagnostizieren, von H. Davis. Das vorgestellte vierjährige Mädchen litt vielleicht an Lichen urticatus.

Schnitte von einem Fall von Naevus linearis, von H. Davis. Die bei gegebene Abbildung eines mikroskopischen Präparates zeigt, dafs die bei dem klinischen Bilde besonders auffallenden schwarzen Punkte aus verhornten Massen bestehen, welche als Pfropfen den unter ihnen liegenden kugeligen Cysten aufsitzen. Diese Cysten sind mit Epithel von der Art wie bei der Cutis ausgekleidet.

Akne vulgaris mit Keloidbildungen, von E. G. G. Little. Eine seit drei Jahren bestehende Akne hat ohne etwaige chirurgische Eingriffe bei einer 20jährigen Dame zu multiplen Keloiden in einem Umfang bis zu $2^1/_2$ cm Durchmesser geführt.

Lichen planus von abnormem Aussehen und Verlauf, von E. G. G. Little. Die seit 18 Monaten bei der 46jährigen Patientin bestehenden Läsionen waren viel gröfser und stärker prominent, als dies die Regel ist, und hatten die Möglichkeit, dafs es sich um kleine Myome handele, nahe gelegt.

Fall von Urticaria pigmentosa, von G. N. Meachen.

Fall von Xanthoma tuberosum multiplex, von J. M. H. Macleod. Die in ihren klinischen Erscheinungen ausführlich geschilderte Affektion hat bei dem 40jährigen Patienten sich zuerst vor 20 Jahren gezeigt und ist mit Ernährungsstörungen an verschiedenen Gelenken kompliziert.

Fall von Canities, von A. W. Williams. Eine 29jährige Frau hat seit zwölf Jahren an Seborrhoea oleosa capitis gelitten, und seit fünf Jahren ist an verschiedenen Stellen ein fleckenweises Weifswerden und Atrophie der Haare eingetreten. Vielleicht war die Schilddrüse nicht intakt.

Sitzung vom 21. Juli 1910.

Trichophyton tonsurans der Oberlippe, des Bartgebietes und der Hand bei einem 28jährigen Manne, von S. E. Dore. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Endothrix. Die Infektion war vielleicht von Vögeln, welche sich der Patient hielt, ausgegangen.

Fall von Lepra, von J. M. H. Macleod. Es handelte sich um einen 38jährigen Polizisten, der die Affektion in makulo-anästhetischer Form in China akquiriert hatte.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von J. M. H. Macleod. Ein 34jähriger Diener bot an der Stirn mehrere papulo-pustulöse Läsionen dar, welche die Diagnose schwanken liefsen zwischen Tuberkulid, Syphilis und Akne varioliformis oder Akne agminata. Die Verabreichung von Jodkalium und von Quecksilber in Pillenform bis zur Salivation blieb erfolglos; aber die Wassermannsche Reaktion fiel positiv aus, desgleichen auch die Ophthalmoreaktion mit Tuberkulin.

Fall von Leukoderma syphiliticum, von J. E. R. Mc Donagh. Als bemerkenswert bei diesem ein 22jähriges brünettes Mädchen betreffenden Fall hob Redner hervor, dafs die Leukodermie über den ganzen Körper verteilt war, sich schon zwei Monate nach der Infektion eingestellt hat, und dafs der direkte Übergang von einem makulösen Auschlag her im Krankenhaus beobachtet wurde.

Philippi-Bad Salzschlirf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 14, Heft 9.

Maligne Degeneratiön chronischer Beingeschwüre, sog. Marjolins Ulcera, von Herman L. Kretschmer-Chicago. Literaturzusammenstellung und Beschreibung einer eigenen Beobachtung.

Bemerkungen über Syphilis, von Jerome Kingsbury - New York. Fälle von diffuser interstitieller Myositis bei Frühsyphilis.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten vom praktischen Standpunkt, von Charles L. Demeritt-West-Hoboken. D. verlangt neben Aufklärung des Volkes bessere wissenschaftliche Ausbildung der Ärzte.

Die Elektrolyse bei der Entfernung überflüssiger Haare, von Emil H. Grubbe-Chicago. Der Verfasser sieht bei dem heutigen Stande der Wissenschaft in der Elektrolyse die beste Methode zur Entfernung der Hypertrichosis, verlangt aber, dafs ihre Anwendung nur dem geübten Spezialisten überlassen wird.

Die Untersuchung des Harn- und Geschlechtssystems beim Manne, von G. Shearman Peterkin - Seattle. Beschreibung von Untersuchungszimmern und Aufstellung von Schemata zur Untersuchung. *Schourp-Danzig.*

Actas dermo-sifiliograficas.

1910. Nr. 5.

Verhandlungen der spanischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie.

Sitzungen vom Juni und Juli 1910.

Akuter, ödematöser und erythematöser Jodismus der kranken Zonen bei einem Falle von Anetodermia erythematosa Jadassohn, von J. de Azúa. Es handelte sich um einen typischen Fall von Atrophia maculosa en plaques im Anschlufs an einen unbestimmbaren, erythematösen entzündlichen Prozefs bei einer 28jährigen Frau. Auf $^1/_2$ g Jodkalium trat ohne andere Zeichen von Jodismus eine Schwellung des Armes vom Ellenbogen bis zur Schulter auf. Eine jede der darauf befindlichen atrophischen Stellen hatte sich in einen ödematösen, dunkelroten Tumor verwandelt, der 15 mm über die umgebende Haut hervorragte. Mit Glasdruck konnte in denselben eine hämorrhagische Transsudation erkannt werden. In der Umgebung des Tumors war ein intensiv roter, ödematös infiltrierter Hof. Auch auf der Nase, wo sich zwei Elemente in verschiedenen Stadien der Entwicklung fanden, war dasselbe Phänomen zu beobachten. Am meisten reagierte diejenige Stelle, welche bereits nahe am atrophischen Endzustand angelangt war. Nach drei Tagen waren alle Erscheinungen geschwunden. Nach 14 Tagen wurde dasselbe Bild durch eine erneute Gabe von 0,5 g Jodkalium hervorgerufen.

Carcinom der linken Mamma: Totale Zerstörung derselben infolge Ulceration, welche bereits die Brustwand vom Sternum bis zur Axilla und von der Clavicula bis zum Rippenbogen ergriffen hat. Metastasen in der Umgebung des Neoplasmas auf dem Lymphwege mit sekundärer carcinomatöser Infil-

tration der Haut der linken Schulter in grofser Ausdehnung. Zerstörung der axillären Lymphdrüsengruppen und Elephantiasis der linken oberen Extremität infolge lymphatischen Ödems, von E. Alvarez Sainz de Aja.

Ein Fall von Prurigo Hebrae, von E. Garcia del Mazo. Typischer Fall.

Harter Schanker der Haut in der Regio iliaca, von M. Serrano. Nichts Neues.

Deformation der Nase tuberkulösen Ursprungs und von heredo-syphilitischen Typus bei einem Syphilitischen, von J. Nonell. Die Abwesenheit jeglicher Syphilis bei den Eltern des 28jährigen Kranken, das Vorhandensein von Tuberkulose in dessen Familie hingegen und das Bestehen einer tuberkulösen Lungenaffektion bei dem Patienten selber rechtfertigten die Annahme des tuberkulösen Charakter einer seit dem sechsten Lebensjahre bestehenden Sattelnase. Im 26. Jahre akquirierte der Patient aufserdem einen harten Schanker.

Serodiagnose der Krankheiten der „Wassermannschen Gruppe“, von J. de Azúa. Der Verfasser bezeichnet als solche sämtliche Krankheiten, welche, ohne etwas mit der Syphilis zu tun zu haben, die Wassermannsche Reaktion geben. Es sind dies einige „animale Trypanosomenerkrankungen, die Peroplasmose des Hundes, die Lepra, und zwar ausschliefslich ihre tuberkulösen Formen, die Schlafkrankheit (Trypanosomiasis humana), der Pion, die Ictericia, der Paludisums, der Scharlach, die Sklerodermie, die Pellagra“. Azúa selber möchte noch einen Fall von „Fasciola hepatica“ zufügen. Doch tut diese ganze Gruppe der praktischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion keinen Abbruch, da alle diese Affektionen, aufser in seltenen Fällen, klinisch leicht von der Syphilis zu trennen sind.

Syphilis: Schanker der Zunge bei der Mutter und des Augenlides bei ihrem Sohne, von M. Serrano. Kurze Mitteilung der Krankengeschichten.

Syphilitischer Schanker des Zahnfleisches des Oberkiefers, von E. Alvarez Sainz de Aja.

Über einen Fall von Tabes, von Miguel F. Criado. Das Interessante an dem mitgeteilten Fall ist das Auftreten der Tabes bei einem 24jährigen Manne vier Jahre Jahre nach der luetischen Infektion.

Pyodermitis chronica vegetans papillomatosa en plaques mit epithelialen Horncysten, von Juan de Azúa. Die hierher gehörigen Fälle sind ausgezeichnet durch einen infektiösen Beginn mit phlyktänulösen und papulo-pustulösen Elementen, durch Ausbildung eines papillomatösen vegetierenden Stadiums mit Abscefschen, adhaerenten lamellösen Schuppen, und durch Lokalisierung beinahe immer auf den unbedeckten Körperteilen bei rascher und schneller Wirksamkeit der antiseptischen Behandlung. Hierher gehören auch die von Azúa und Sala 1894, 1903 und 1908 als vegetierende Hautpseudoepitheliome publizierten Fälle, Fälle, welche klinisch als papulöse Läsionen begannen, dann ulcerierten und vegetierende Flächen mit scharfen Rändern bildeten, histologisch vollständig das Bild eines Epithelioms darboten und auf antiseptische Behandlung schnell abheilten. Azúa teilt einen derartigen Fall bei einem 52jährigen Manne mit, der an der Hand lokalisiert war. Histologisch handelte es sich um entzündliche Infiltration, zusammengesetzt aus polynucleären Leukocyten, ferner war eine Akanthose mit Horncysten im Zentrum der Malpighischen Massen, Parakeratose und Hyperkeratose vorhanden.

Ein Fall von polymorphen, tuberkulösen Läsionen der Haut und des Unterhautzellgewebes, von E. Alvarez Sainz de Aja. Krankengeschichte eines 13jährigen Mädchens mit Skrophuloderm an beiden Waden, papulo-nekrotischen Tuberkuliden an den Glutäen und Oberschenkeln, Tuberculosis verrucosa cutis an Hand und Nase und kalten Hautabscessen an den oberen Extremitäten.

Zwei Fälle von primären, subkutanen Kalkgranulomen bei zwei Brüdern, von Peyri-Barcelona. Es handelte sich um intra- und subkutane Tumoren von harter Konsistenz wie ein mit kleinen Steinchen oder Sand gefüllter Sack bei unversehrter Haut. Sie sind an der Haut oder an der Unterlage adhärent, einer davon ist ulceriert.

Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee (zweite Mitteilung), von M. Serrano und J. Nonell. Die Verfasser teilen ihre befriedigenden Resultate bei flachen Hautepitheliomen, multipler präepitheliomatöser Sklerose und Lupus tuberculosus mit.

Zwei Fälle von Pityriasis rubra pilaris, von J. S. Covisa. Mitteilung zweier Krankengeschichten. *Gunsett-Strafsburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band II, Heft 16.

1. **Die Balkenblase — ein Frühsymptom der Tabes**, von R. M. Fronnchthéine-Moskau. Fr. hat in 18 Fällen von beginnender Tabes cystoskopische Untersuchungen vorgenommen und stets Balkenbildung verschiedenen Grades in der Harnblase gefunden, obwohl nur ein Teil der Patienten Harnstörungen aufwies. Je stärker die Symptome der Tabes ausgeprägt waren, um so stärker erschien auch die Balkenbildung; bei den Kranken, die im allerersten Beginn der Tabes standen, war sie nur an den seitlichen Blasenwänden, in vorgeschritteneren Fällen auch am Blasenhals zu erkennen. — Die Ursache der Balkenblase der Tabiker ist wohl die durch die verminderte Sensibilität der Blasenschleimhaut bedingte Herabsetzung des Harndrangs; der in gröfserer Menge sich ansammelnde Harn dehnt die Blase aus, die Muskelschicht mufs sich stärker kontrahieren, um die Entleerung herbeizuführen, und hypertrophiert.

2. **Therapie der chronischen blennorrhoischen Urethritiden.** Bericht erstattet in der italienischen Gesellschaft für Urologie, von Michel Jungano-Neapel. (Heft 15 und 16.) Zusammenstellung und kurze kritische Würdigung der Methoden, die zur Zeit bei der Behandlung der chronischen blennorrhoischen Urethritiden angewandt werden; es sind das abgesehen von den Injektionen, Instillationen und der Applikation medikamentöser Bougies die Dilatationen mit Sonden und Dilatatoren, die Massage in ihren verschiedenen Formen, die Elektrotherapie (Elektrolyse), die Jonisierung, die Phototherapie, die endoskopische Behandlung und die Vaccinetherapie.

J. selbst macht bei alten chronischen Harnröhrenblennorrhoen, wenn die tieferen Gewebsschichten infiltriert und die urethralen Drüsen erkrankt sind, ausgiebigen Gebrauch von der Massage, bei Erkrankungen der Drüsen des vorderen Harnröhrenteils bedient er sich der Dilatationsmassage über dem eingeführten Bougie nach Motz; Spülungen und Instillationen haben in solchen Fällen keinen Wert, dagegen kann vielleicht durch Ionisierung eine Erweichung der Gewebe herbeigeführt und die Wirkung der Massage begünstigt werden. Die Erfolge der Massagebehandlung sind vorzüglich. Dilatationen mit Dilatatoren nimmt J. nur in der ersten und besonders in der letzten postblennorrhoischen Periode vor, wenn durch die Massage die Infiltrationen zur Resorption gebracht und die Drüsenerkrankungen beseitigt sind.

3. **Verschiedene Erkrankungen der Nieren.** Klinische Vorlesung von Zimmitzki-Kasan.

Heft 17.

1. **Experimentelle Studie über die Art der Fortpflanzung der Tuberkulose der Tuben und des Rektums auf die Harnblase**, von Filippo Cuturi. C. hat durch Untersuchungen an Kaninchen festgestellt, dafs eine Infektion der Harnblase von tuberkulösen Tuben aus auf direktem, transparietalem Wege erfolgt; die Tuberkel-

bazillen durchwandern die Blasenwand von aufsen nach innen; da, wo die Blasenwand in Berührung mit einer tuberkulösen Tube steht, kommt eine umschriebene tuberkulöse Entzündung zustande, die tuberkulösen Veränderungen sind in der Serosa der Blase stets weiter fortgeschritten als in der Muscularis und in der Mucosa. Dagegen wird die Blase vom tuberkulösem Rektum aus nur durch Vermittlung der Lymphgefäfse, niemals auf direktem, transparietalem Wege infiziert; es ist daher bei Infektion der Blase vom Rektum aus die Mucosa immer schwerer affiziert als die Muscularis und die Serosa.

2. **Über die Ionisierung bei den Erkrankungen der Harnorgane,** von Denis Courtade. Zwei klinische Vorlesungen, in denen C. das Wesen der Ionisierung erklärt und die Resultate schildert, die mit dem Verfahren bei den Erkrankungen der Harnorgane zu erzielen sind. — Ionisierung wird durch den galvanischen Strom mit „nackten Elektroden" aus Platin, Kupfer, Silber, Zink usw. oder mit „elektrolytischen Elektroden", d. h. Elektroden, die in eine bestimmte Flüssigkeit, z. B. in eine Lösung von Natrium salicylicum, Silber, Zink usw. getaucht sind, erzeugt. Ionisierung mit nackten Elektroden wirkt 1. kaustisch (lineäre Elektrolyse), 2. peripolär umstimmend, indem die an den Polen frei werdenden Ionen mehr oder weniger tief in die Haut oder Schleimhaut eindringen und dabei eine Änderung in den Geweben, namentlich eine Erweichung sklerosierter Gewebe hervorrufen (zirkuläre Elektrolyse und elektrolytische Dilatation nach Desnos). Ionisierung mit elektrolytischen Elektroden wirkt infolge des Eindringens der Ionen in die Haut oder Schleimhaut, doch erstreckt sich diese Wirkung nicht über die obersten Gewebsschichten hinaus. Dazu kommt dann noch die Muskeln und Nerven anregende Wirkung der Elektrizität.

Ionisierung ist nach C. zu empfehlen bei Neuralgien der Niere in Form der Salicylsäure-Ionisierung: Man setzt eine grofse Elektrode hoch oben am Thorax an der Ursprungsstelle des Nervus splanchnicus und die aktive, mit dem negativen Pol verbundene Elektrode, die sehr grofs sein mufs und mit 3—5%iger Lösung von Natrium salicylicum getränkt ist, auf die Nierengegend auf und läfst einen Strom von $^1/_2$—1 Milliampère 20—30 Minuten lang einwirken; es dringt dann Salicylsäure in der Nierengegend in den Organismus ein. Die Sitzungen werden anfangs täglich, dann dreimal in der Woche wiederholt. — Bei Nierenfisteln, die sich nicht schliefsen wollen, wird Chlorzink-Ionisierung vorgenommen: in den Fistelgang, der zuerst mit schwacher Chlorzinklösung ausgespült wurde, wird eine zylindrisch geformte, mit dem positiven Pol verbundene Zinkelektrode eingeführt, die zweite, grofse, mit Salzwasser getränkte Elektrode kommt auf das Abdomen; der Strom ist 2—3 Milliampères stark zu nehmen und 10—15 Minuten lang durchzuleiten, die Sitzungen werden in Zwischenräumen von acht Tagen wiederholt.

Sehr gut wirkt Ionisierung bei chronischer Cystitis; sie beseitigt zuerst die Schmerzen, bringt Blutungen zum Stehen und vermindert den Harndrang, zuletzt verschwindet auch der Eiter. C. hat sich zur Ionisierung der Harnblase von Gentile ein eigenes Instrument herstellen lassen; es ist ein aus Silber, Kupfer, Zink oder Aluminium bestehender Mandrin, der in einer vorn konisch zulaufenden Röhre steckt. Dieses konische Ende pafst genau in das äufsere Ende des mit dem Mandrin einzuführenden, leicht gekrümmten Katheters, durch ein an der Röhre angebrachtes, schräg stehendes Zuflufsrohr gelangt die zu verwendende Flüssigkeit in das Innere des Katheters. Will man die Ionen eines Metalls oder eines Alkaloids, die alle mit positiver Elektrizität geladen sind, eindringen lassen, so mufs das Instrument mit dem positiven Pol verbunden werden; sollen dagegen negativ elektrische Ionen, wie Jod- oder Salicylsäure-Ionen, zur Einwirkung gelangen, dann ist der Apparat mit dem negativen Pol zu verbinden. Chlorzink- oder Argentum nitricum-Lösung wird 2‰ig,

Natrium salicylicum-Lösung 5%ig genommen, die Stromstärke schwankt zwischen 2 und 5 Milliampères, jede Sitzung dauert 10—15 Minuten. Vor Beginn der Ionisierung wird die Blase mit körperwarmem Wasser, das eine geringe Menge der zur Anwendung gelangenden Ionen in Lösung enthält, ausgespült, ein Teil der Flüssigkeit bleibt nach der Ionisierung in der Blase. — Zur Behandlung von Blasenneuralgien dient Salicylsäure- oder, wenn die Schmerzen sehr stark sind, Kokain-Ionisierung. Die letztere wird vorgenommen, indem man 100 g einer 1%₀igen Lösung injiziert und einen Strom von 1 Milliampère 10 Minuten lang einwirken läſst, dann muſs die Blase sorgfältig entleert werden. Die Kokain-Ionisierung ist auch bei sehr reizbarer Blase vor einer cystoskopischen Untersuchung oder Ureterenkatheterisierung zu empfehlen.

Bei chronischer Urethritis kann positive Ionisierung mit nackten oder elektrolytischen Elektroden vorgenommen werden; da aber der positive Pol die Harnröhrenschleimhaut stärker reizt als der negative, ist negative Ionisierung mit ½%iger Salicylsäurelösung oder mit dem einfachen, mit dem negativen Pol verbundene Béniqué-Bougie vorzuziehen. Man läſst bei dieser Anordnung einen Strom von 4—5 Milliampères 7—8 Minuten lang hindurchgehen. Der Erfolg ist, daſs der Spasmus der Schleimhautmuskularis aufhört, die Mündungen der infizierten Drüsen sich öffnen und die periglandulären Infiltrationen zur Erweichung kommen; doch muſs die Ionisierung stets mit Dilatationsmassagen und Spülungen verbunden werden. Gewöhnlich beschlieſst C. die Sitzungen mit einer intrauretbralen Applikation des Hochfrequenzstroms.

Bei gewissen Harnröhrenstrikturen kommt die Ionisierung in Form der lineären oder zirkulären Elektrolyse oder der elektrolytischen Dilatation nach Desnos in Betracht. Bei sehr engen, ausgedehnten Strikturen allerdings ist die Urethrotomia interna jeder Art von Ionisierung vorzuziehen; die lineäre Elektrolyse ist bei kleinen ringförmigen, nicht sehr engen Strikturen der Pars anterior mit Erfolg anwendbar, bei allen anderen Strikturen ist die zirkuläre Elektrolyse, und wenn mit dieser eine Erweiterung bis zu Béniqué Nr. 40 erzielt ist, die elektrolytische Dilatation nach Desnos (Einführung von Béniqué-Bougies, die mit dem negativen Pol verbunden sind, und 10 Minuten lange Durchleitung eines ganz schwachen Stroms von 0,0055 bis 0,01 Milliampère) zu empfehlen. Die elektrolytische Dilatation wird alle acht bis zehn Tage wiederholt, in der Zwischenzeit sind die gewöhnlichen Dilatationen vorzunehmen.

3. **Die entzündlichen Strikturen des Prostatateils der Harnröhre,** von Li Virghi Girolamo-Neapel. Der Verfasser hat 13 Fälle von entzündlichen (blennorrhoischen) Strikturen der Pars prostatica urethrae beobachtet und untersucht und ist dabei zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Blennorrhoische Strikturen kommen im Prostatateil der Harnröhre zweifellos vor, und zwar häufiger als gewöhnlich angenommen wird.

2. Sie haben den gleichen histologischen Charakter und entwickeln sich in der gleichen Weise wie die Strikturen der Pars anterior.

3. Eine Striktur der Pars prostatica ist stets mit einer oder mehreren Strikturen der Pars anterior vergesellschaftet; die letzteren sind immer älter als die Striktur in der Pars prostatica.

4. Da infolge der Verengerung des vorderen Harnröhrenteils die Untersuchung der ganzen Harnröhre in einer Sitzung nicht möglich ist, kann die Untersuchung der Pars prostatica erst nach Erweiterung der Strikturen in der Pars anterior vorgenommen werden.

5. Eine genaue Untersuchung der Pars prostatica ist nur mit Hilfe von Metall-Oliven mit Führungssonde möglich.

6. Zur Behandlung der Strikturen der Pars prostatica ist wegen der geringen

Dehnbarkeit dieses Harnröhrenteils und der gleichzeitig bestehenden Verengerung der Pars anterior nur die zirkuläre Elektrolyse zu empfehlen.

7. Die damit erzielten Resultate sind gut und dauernd.

Heft 18.

1. **Ureterenkatheterisierung und intravesikale Trennung des Urins.** Drei Artikel von HEITZ-BOYER, LUYS und MARION. HEITZ-BOYER berichtet über zwei Fälle, in denen die intravesikale Trennung des Urins vollständig falsche Resultate ergeben hat. In beiden Fällen förderte der Separator auf beiden Seiten Harn zutage, auf der einen Seite jedoch eine geringere Menge mit geringerem Gehalt an Harnstoff. In dem einen Fall erwies die daraufhin vorgenommene Katheterisierung der Ureteren, dafs die Niere, die nach dem Ergebnis der intravesikalen Trennung des Urins schlechter als die andere, aber immer noch leidlich funktionierte, überhaupt keinen Harn mehr absonderte. Im zweiten Falle wurde die anscheinend schlechter funktionierende Niere exstirpiert mit dem Erfolge, dafs vollständige Anurie eintrat; eine nach zwei Tagen vorgenommene Eröffnung der anderen Niere zeigte, dafs diese, die bei der intravesikalen Trennung des Urins scheinbar mehr und harnstoffreicheren Harn geliefert hatte, nur mehr ein multilokulärer mit Eiter gefüllter Sack war, ihr Ureter wies etwa 4 cm unterhalb des Beckens eine vollständige Obliteration auf. Die Kranke starb nach wenigen Tagen. — Die beiden Fälle beweisen, dafs die intravesikale Trennung des Urins eine absolut unzuverlässige Methode ist; ihre Resultate sind scheinbar exakt und gewähren dadurch eine trügerische Sicherheit. Es ist daher nicht angängig, auf Grund des Ergebnisses der intravesikalen Trennung des Urins eine Diagnose zu stellen oder gar einen Eingriff zu unternehmen. — Falsche Resultate, wie die oben angeführten, sind bei der richtig durchgeführten Katheterisierung der Ureteren nicht möglich; doch genügt auch bei dieser die Entnahme einer kleinen Harnprobe nicht, die Katheter müssen vielmehr 2—2½ Stunden liegen bleiben, und während dieser Zeit mufs, wie es ALBARRAN empfohlen hat, durch Verabreichung einer gröfseren Menge Wasser eine experimentelle Polyurie erzeugt werden. Nur der Ausfall dieser Probe ermöglicht ein sicheres Urteil über den Zustand der Nieren. Bei latenten Hydronephrosen, auf die ALBARRAN zuerst aufmerksam gemacht hat, kann die Sachlage nur durch Katheterisierung der Ureteren geklärt werden. Dafs diese nicht nur ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel ist, sondern auch für viele Nierenaffektionen eine überaus wirksame Behandlungsmethode darstellt, ist bekannt. Besondere Schwierigkeiten bietet ihre Erlernung nicht, Nachteile hat HEITZ-BOYER niemals von ihr gesehen.

LUYS hält diesen Ausführungen gegenüber daran fest, dafs die intravesikale Trennung des Urins bei richtiger Ausführung absolut sichere und zuverlässige Resultate ergibt. Die beiden von HEITZ-BOYER erwähnten Fälle bewiesen ganz und gar nichts gegen die Methode; denn diese darf nicht für die Fehler verantwortlich gemacht werden, die bei ihrer Anwendung begangen werden. Die intravesikale Trennung des Urins ist ein überaus einfaches, vollständig gefahrloses Verfahren, beeinträchtigt die Funktion der Nieren entweder gar nicht oder beiderseits in gleicher Weise, gestattet allein die Feststellung, wie eine Niere sich entleert, liefert die gesamte, von jeder der beiden Nieren produzierte Harnmenge, und ist auch bei Kindern anwendbar, bei denen die Katheterisierung der Ureteren überhaupt nicht vorgenommen werden kann. — Im übrigen ist es grundfalsch, die beiden Methoden in Gegensatz zu stellen; sie ergänzen einander: mit der intravesikalen Trennung des Urins wird die Funktion der Nieren, mit der Ureterenkatheterisierung der Ureter und das Nierenbecken untersucht, erst das Ergebnis beider Untersuchungen gibt zuverlässigen Aufschlufs über den funktionellen Zustand der Nieren. Stets aber soll die intravesikale Trennung des Urins zuerst vorgenommen werden.

Marion, der den zweiten von Heitz-Boyer beschriebenen Fall operiert hat, führt aus, dafs ein Irrtum in der Auslegung des Resultats der intravesikalen Harnseparation nicht vorlag, und dafs das Instrument nach allen Regeln der Kunst angelegt worden ist. Wenn die Entleerung von Urin verschiedener Konzentration keinen Beweis für richtiges Funktionieren des Apparates darstellt, dann ist die ganze Methode nicht brauchbar.

Sehr warm empfiehlt Marion eine ausgedehnte therapeutische Verwendung der Ureterenkatheterisierung besonders bei gewissen Formen von Anurie (Anuria calculosa und Reflexanurie), bei der Pyelonephritis, speziell bei der Pyelonephritis der Schwangeren und bei der postpuerperalen Pyelonephritis, bei den Hydronephrosen, bei den lumbalen Harnfisteln renalen Ursprungs und zur Ableitung des Harns bei gewissen Operationen (Utero-Pyelo-Neostomie, Ureterenplastik, Uretero-Neocystostomie, Uretero-Enterostomie), bei denen der Harn die Wunde nicht berühren soll.

2. **Neues Modell des Harnröhrenspülapparates für die Massage der Urethra unter der Dusche,** von Emile Jeanbrau. J. hat seinen im Jahre 1903 angegebenen Spülapparat für die Harnröhre in der Weise geändert, dafs er an Stelle der kleinen Löcher, die an dem ursprünglichen Apparat zum Austritt der Flüssigkeit dienten, lang gestreckte, dicht aneinander anschliefsende Öffnungen anbringen liefs, so dafs die Flüssigkeit fast an der ganzen geraden Partie des Instruments austreten kann. Es steht infolgedessen die ganze im Bereich des Instruments liegende Schleimhautpartie unter der Dusche.

3. **Prostatablasenstein,** von Sophronieff-Sofia. Kasuistische Mitteilung.

Götz-München.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

7. Jahrgang. Nr. 39.

1. **Die Technik der Harnröhrenendoskopie,** von G. Fraisse-Paris. Abschnitt aus einem vor kurzem bei A. Maloine-Paris erschienenen Werke Fr.s „Die chronische Blennorrhoe des Mannes"; er enthält aufser der Beschreibung der Technik der Harnröhrenendoskopie eine Darstellung der endoskopischen Befunde bei normaler Harnröhre und bei chronischer Blennorrhoe.

2. **Reaktion des gemeinsamen Stammes der Venae spermaticae im Leistenkanal und Resektion des Skrotums bei der Varikocele,** von Chevrier-Paris. Bei der Resektion des varikös erweiterten Plexus pampiniformis läfst sich, wenigstens wenn eine genügend grofse Partie des Sehnengeflechts entfernt wird, eine Verletzung der Arterie nur schwer oder garnicht vermeiden. Ch. empfiehlt daher, bei Varikocele an Stelle einer Resektion der erweiterten Venen innerhalb des Hodensacks die linksseitigen Venae spermaticae da zu resezieren, wo sie sich zu einem grofsen Stamme vereinigt haben, das ist hoch oben im Leistenkanal, nahe am inneren Leistenring; dort läfst sich die grofse Vene leicht und mit absoluter Sicherheit isolieren. Die Schnittführung ist die gleiche wie bei der Operation eines linksseitigen Leistenbruchs; bei der Unterbindung darf kein starker Zug an der Vene ausgeübt werden, um ein Heraustreten der übrigen Teile des Samenstrangs zu vermeiden. — Mit der Resektion der linksseitigen Venae spermaticae verbindet Ch. stets die Resektion des Skrotums, die in der Längsrichtung des Hodensacks vorzunehmen ist; entfernt wird der vordere mittlere Teil. Ein Hauptaugenmerk ist bei der Operation auf exakte Unterbindung der Gefäfse zu legen; Ch. nimmt diese in der Weise vor, dafs er nach Durchtrennung der Haut und der Tunica dartos durch die darunterliegenden Gewebsschichten, in der sich die Gefäfse befinden, sieben bis acht Ligaturen in Form eines U legt, wobei

jeder folgende Faden zwischen den beiden Schenkeln des vorhergehenden eingeführt wird; gebunden darf der Faden erst dann werden, wenn der nächste liegt.

3. **Stütze für Operationen an den Nieren,** von PILLET-Rouen.

4. **Kuren an der See, Höhen- und Mineralwasserkuren bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulosen, im besondern der Tuberkulosen der Harn- und Geschlechtsorgane,** von LE FUR-Paris. Nachdem in der chirurgischen Gesellschaft in Paris Stimmen gegen die Wirksamkeit der Kuren an der See, in Luftkurorten und Bädern bei chirurgischen Tuberkulosen laut geworden sind, tritt der Verfasser energisch für diese Kuren speziell bei Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane (Nebenhoden-, Prostata-, Blasen- und Nierentuberkulose) ein. Im Beginn der Erkrankung, wenn noch kein operativer Eingriff notwendig geworden ist, kann durch eine entsprechende Kur sogar völlige Ausheilung erzielt werden.

Kuren an der Küste im Norden Frankreichs und am Kanal sind bei den torpiden, Kuren an den Küsten im Südwesteu oder am Mittelländischen Meer, ebenso wie Höhenluftkuren bei den erethischen, hyperämisierenden, mit Hämaturien einhergehenden Formen angezeigt. Kuren an der See sollen $1^1/_2$, höchstens 2 Monate lang dauern und 3—4 Jahre hindurch alljährlich wiederholt werden. *Götz-München.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XX. August 1910.

I. **Ein Fall von Dermatitis bullosa (streptococcica) s. Pemphigus vulgaris benignus,** von BREMENER. Bei der elfjährigen Patientin von BREMENER, welche er in seiner Privatheilanstalt mit den Zeichen einer bullösen Dermatitis aufnahm, hatte sich dieses Leiden $5^1/_2$ Wochen nach Injektion von zuerst 50 ccm Antischarlachserum und darauf von GOBRITSCHEWSKYscher Scharlachvaccine, was aber doch nicht den Ausbruch des Scharlachs bei der Kleinen verhütete, gleich im Anschluſs an den Scharlach entwickelt. B. hat diesen Fall nicht bis zur Genesung beobachten können, aber später erfahren, daſs derselbe einen gutartigen Verlauf genommen hat, indem die Blaseneruptionen allmählich immer seltener und seltener geworden sind und zuletzt nach vier Monaten aufgehört haben.

II. **Röntgenuntersuchungen bei einem Fall von hereditärer Lues mit multiplen Erkrankungen des Knochensystems,** von BOIKOW. Die luetischen Gelenk- und Knochenerkrankungen bei dem 30jährigen, hereditär-luetischen Kranken von BOIKOW boten die bekannten Röntgenbilder, sind aber interessant durch die Multiplizität und die Reihenfolge der erkrankten Gelenke und Knochen, nämlich: linkes Sprunggelenk, linkes Kniegelenk, rechtes Kniegelenk, rechtes Sprunggelenk, linkes Brustbein-Schlüsselbeingelenk, rechtes Brustbein-Schlüsselbeingelenk, linkes Humero-ulnargelenk, rechtes Humero-ulnargelenk, linkes Hüftgelenk, rechtes Hüftgelenk, linkes Fuſswurzelknochengelenk, rechtes Fuſswurzelknochengelenk, linkes Ellenbogengelenk, rechtes Ellenbogengelenk, linkes Schultergelenk, rechtes Schultergelenk, linkes Handgelenk, rechtes Handgelenk, die Wirbelsäule, linker Humerus, rechter Humerus, linke Rippenknochen, rechte Rippenknochen.

III. **Die Sterilisation der elastischen Katheter durch Formalindämpfe mittels des JÄGER-SITTLERschen Apparates,** von MIROPOLSKI. Auf Grund zweijähriger Erfahrung rühmt MIROPOLSKI den JÄGER-SITTLERschen Apparat zur Desinfektion der elastischen Katheter.

IV. **Bakteriologische Kontrolluntersuchungen in bezug auf die Sterilisation der weichen Katheter und Bougies durch den Apparat von Prof. JÄGER,** von SCHAPIRO. Die mit verschiedenen Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes

aureus, Streptococcus, Diplococcus, Gonococcus, Micrococcus ureae usw.) infizierten elastischen Katheter und Bougies wurden 2½ Minuten lang im JÄGERschen Apparat sterilisiert und darauf auf Bouillon, Blutserum, Fleischagar usw. Kulturen angelegt, von denen keine der 24 Versuche aufging. SCHAPIRO erklärt demnach den Kathetersterilisator von JÄGER in bakteriologischer Hinsicht für völlig befriedigend.

Arth. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die Hautkrankheiten des Kindesalters, von ALFRED BRANDWEINER - Wien. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1910.) BRANDWEINER will mit seinem Buche den Kinderarzt mit dem Gebiet der Hautkrankheiten vertraut machen und den Dermatologen über die in der Zartheit der kindlichen Haut begründeten Unterschiede der klinischen Krankheitsbilder orientieren. Er teilt den zu behandelnden Stoff in zwei große Gruppen: Hautkrankheiten mit bekannter Ätiologie und mit unbekannter Ätiologie. Die letztere Gruppe zerfällt in Affektionen mit vorwiegenden Syptomen der Hyperämie, Hämorrhagie oder Entzündung, in solche mit vorwiegenden Symptomen der Hypersekretion, Hyperplasie und Hypertrophie und in solche mit denen der Hypoplasie, Aplasie oder Atrophie. Die Trennung in solche mit bekannter und in solche mit unbekannter Ätiologie scheint dem Verfasser insofern berechtigt, als bei den infektiösen Dermatosen der Erreger, bei den artefiziellen die Noxe bekannt ist.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Über die Serumbehandlung des Anthrax, von M. DOBROVITS - Pozsony. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 50.) Verfasser stellt folgende Hauptpunkte fest: 1. Die Diagnose des äußeren Anthrax ist sehr leicht. Charakteristisch ist das Oedema anthracis. Die den Anthrax charakterisierende schwarze, trockene, der gegerbten ähnliche Haut charakterisiert die Eingangspforte des Giftes. 2. Auch die Diagnose des inneren Anthrax ist nicht schwer, wenn man mit dem stürmischen Auftreten, mit Berücksichtigung der ätiologischen Momente, die reichen Darm- und Magenblutungen in Erwägung zieht. 3. Das spezifische Heilmittel des Anthrax ist das DETREsche Anthraxserum. Mit einer guten Serumspritze wird unter die Haut des Trigonum subclaviculare eine ganze Dose injiziert. Wenn nach 24 Stunden keine Besserung eintritt, wird die Einspritzung wiederholt. In hartnäckigen Fällen auch mehrere Male. 4. Die operative Behandlung der Pustula maligna durch Exstirpation ist nur dann berechtigt, wenn sie frühzeitig genug erfolgt und genügend ausgiebig ist. Wenn der ganze Organismus infiziert ist, ist sie überflüssig. — Verfasser schildert zwei Fälle eingehend.

Im Pozsonyer staatlichen Spital wurden vom 1. Januar 1909 bis zum 31. Oktober d. J. 18 Männer, 8 Frauen mit Anthrax aufgenommen und mit Serum behandelt. Geheilt wurden 15 Männer, 8 Frauen und ein Mann ist gestorben. Letzterer, ein Lederfabrikarbeiter, ist, nachdem er zu Hause mehrere Tage schwer krank gelegen, mit 40° Fieber und 120 schwachen Pulsschlägen ins Spital gekommen. Von dem auf der linken Handwurzel sichtbaren schwarzen, trockenen Grind ausgehend zeigt der ganze Arm bis zum Halse und der Kinnbackenlinie und auf dem Rumpf bis zur Brustbeinlinie, so auch rückwärts bis zur Schulterblattlinie sich ausdehnendes, steinhartes, auf der Oberfläche glänzendes, stellenweise von erbsengrofsen, mit durchsichtigem Serum gefüllten Bläschen vollbesätes Oedema anthracis. Dem Patienten wurde eine Dose DETREsches Serum eingespritzt und die abnehmende Kraft zu heben versucht, aber ohne Erfolg. 24 Stunden später war er tot. *Porosz-Budapest.*

Über die Behandlung des Anthrax, von M. ECSEDI-Tarnaméra. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 1.) Verfasser erprobte seit 28 Jahren an 40 Patienten folgendes Verfahren: Ungt. basilicum wird dick auf ein Stück Leinwand gestrichen und die Oberfläche der Salbe mit pulverisiertem Hydrarg. praecipit. rubrum bestreut und so auf den Anthrax gelegt. Die Oberfläche der Pustula maligna wird mit vielen oberflächlichen Einschnitten skarifiziert, damit das Quecksilbersalz in das Gewebe des Entzündungsherdes gelangen kann. Ungt. basilicum wird auf sterile Gaze messerrückendick aufgestrichen und die Oberfläche der Salbe mit pulverisiertem Hydrarg. praecipit. rubrum bestreut und auf die skarifizierte Stelle gelegt. Über die Salbe, so auch auf die ganze ödematöse Geschwulst werden kalte Kompressen gelegt, solange hochgradiges Fieber auftritt. Innerlich wird Chinin oder Natrium salicylicum gegeben. Das Fieber hört nach drei bis vier Tagen auf, die ödematöse Geschwulst wird weich, statt der kalten Kompressen werden warme Breiumschläge gegeben. Der demarkierte und nekrotisierte Teil löst sich fünf bis sechs Tage später ab. *Porosz-Budapest.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Die Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten, von M. ASCOLI und G. IZAR-Pavia. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Verfasser berichten über eine Reihe von Versuchen, welche sie mit dieser Methode zunächst beim Rattensarkom und dann beim Patienten mit Carcinomerkrankung an verschiedenen Organen ausgeführt haben. Nach dem Ausfall dieser Beobachtungen erscheint es in der Tat durchaus möglich, dafs in diesem Verfahren der Bestimmung der Oberflächenspannung des Blutserums (vor und nach dem Zusatz eines spezifischen Antigens und geeigneter Behandlung im Brutschrank) ein praktisch verwendbares und zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel geboten ist. Die technischen Einzelheiten der Herstellung des Antigens und der sonstigen Ausführung der Reaktion mögen im Original nachgelesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bemerkungen über die Injektion von Radiumpräparaten bei malignen Tumoren, von VINCENZ CZERNY. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 51.) In einer Reklameannonce, in der die Injektion von Radiogenol in maligne Tumoren empfohlen wird, behauptet die Charlottenburger Radiogengesellschaft, das u. a. CZERNY und CAAN nach Radiumbehandlung „in vielen Fällen eine Verkleinerung der Geschwülste, in einem gröfseren Prozentsatz sogar völlige Heilung“ festgestellt haben. Demgegenüber warnt Cz. dringend davor, die Radiumtherapie jetzt schon als Heilmittel gegen Krebs anzupreisen. Bei manchen Tumoren, so bei malignen Lymphomen, ist allerdings eine günstige Beeinflussung durch eingespritztes Radium unverkennbar, bei anderen

Tumoren, besonders beim Carcinomen, ist dagegen die Wirkung durchaus nicht immer günstig für den Patienten. Jedenfalls sind die Versuche noch lange nicht abgeschlossen, und es wäre im jetzigen Stadium der Radiotherapie ein Kunstfehler, auch solche Krebskranke mit Radium zu behandeln, bei denen noch eine gründliche chirurgische Behandlung möglich erscheint. *Götz-München.*

Über die Prognose des „Oberflächenepithelioms der Schleimhautleukoplakien", von Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 12.) R. hat schon mehrfach auf das Vorkommen eigenartiger Oberflächenepitheliome auf Schleimhautleukoplakien hingewiesen. Es sind ganz kleine, an der Oberfläche gekörnte Tumoren, die 3—4 mm über die umgebende Schleimhaut hinausragen, eine indurierte Basis haben, nicht in die Tiefe greifen und nicht bluten; werden sie excidiert, so rezidivieren sie nie in loco, wohl aber entsteht fast immer nach der Entfernung einer Geschwulst eine neue auf einer anderen Leukoplakie, und das kann sich zehnmal und öfter wiederholen. Drüsenmetastasen sind sehr selten. R. hat diese Tumoren bisher durchaus für gutartig gehalten; neuere Erfahrungen haben ihn aber dahin belehrt, dafs diese Gutartigkeit nur den Oberflächenepitheliomen der Zungenleukoplakien und wahrscheinlich auch den bisher nur äufserst selten beobachteten Oberflächenepitheliomen der vaginalen Leukoplakien eigen ist, die Oberflächenepitheliome der Mund- und Wangenschleimhautleukoplakien lassen dagegen viel gröfsere Malignität erkennen, da bei ihnen Drüsenmetastasen wesentlich häufiger sind. Natürlich kann auch neben dem Oberflächenepitheliom einer Zungenleukoplakie oder nach Abtragung eines solchen ein gewöhnliches, tiefgreifendes, malignes Epitheliom sich bilden. *Götz-München.*

Zwei Fälle von Epitheliom auf dem Boden älterer Hautveränderungen, von Dujardin. (*La Polichlinique.* 1909. Nr. 14.) Im ersten Falle handelt es sich um einen 40jährigen Mann, der seit zehn Jahren an einen Lupus erythematodes im Gesicht laboriert, auf dessen Boden sich seit zwei Jahren ein Epitheliom entwickelt. Im zweiten Fall kam es zur Ausbildung eines Epithelioms auf dem Boden einer senilen Warze. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Plane, ekzematiforme Epitheliome, von Juan de Azúa. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 2.) Der Artikel ist identisch mit dem in den *„Actas dermosifiliograficas"*. 1909. II. Jahrgang. Nr. 1 publizierten, der bereits in *dieser Zeitschrift* referiert wurde. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Behandlung des Epithelioms mit dem reinen Formol des Handels, von H. Hallopeau et Paul Fumouze-Paris. (*Académie de méd.* 22. Februar. 1910.) Die Verfasser haben die nekrotisierenden Eigenschaften des im Handel erhältlichen reinen Formols zur Behandlung von Epitheliomen benützt und zufriedenstellende Erfolge erzielt. Das Mittel wird mit Watte auf die kranken Stellen appliziert und genügten drei bis vier Applikationen, um einen genügend tiefen Schorf zu erzielen, nach dessen Abfall gesunde Granulationen zum Vorschein kamen. Um die Schmerzen zu lindern, werden subcutane Einspritzungen von Novokaïn 1 : 200 gemacht. In den zehn Monaten seit Beginn dieser Behandlungsmethode wurden weder Narben noch Rezidiven beobachtet. *E. Toff-Braila.*

Zur Behandlung des Ulcus rodens mit Kalium bichromicum, von W. Gemmill-Ayr. (*Brit. med. Journ.* 23. Oktober 1910.) Eine 82jährige Frau kam mit einem seit zwei Jahren bestehenden, ausgedehnten, typischen Ulcus rodens der Nase zur Behandlung. Es wurde zweimal täglich eine 10%ige wässerige Lösung von doppeltchromsaurem Kalium aufgepinselt bis zur Erzeugung einer lebhaften entzündlichen Reaktion der umgebenden Gewebe. Nach Beseitigung der Reizung unter Borsalbe, wurde die Prozedur wiederholt, und schliefslich heilte die Neubildung in drei bis vier Monaten vollständig aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über Krebsforschung, von H. C. Ross und C. Macalister-Liverpool (*Brit. med. Journ.* 23. Oktober 1909.) Die hier geschilderten, während mehr als Jahresfrist durchgeführten Versuche in vitro sollten Aufklärung bringen über die Frage, ob im Blute, resp. im Tumorsafte bei Krebskranken eine Substanz vorhanden ist, welche die spezifische Zellentartung bedingt. Verfasser stellten hierzu Beobachtungen an Leukocyten und an Lymphocyten an, welche sie bei 87° C der Einwirkung einer Färbemasse aussetzten. Als solche diente ein Gelee von Agar-Agar, dem Kochsalz und zitronensaures Natrium, sowie das Unnasche polychrome Methylenblau in sorgfältig ausprobierten Verhältnissen beigemischt war. Ferner wurde für eine Reihe von Untersuchungen Atropin zugesetzt. Eine andere Serie von Beobachtungen wurde mit dem Blut von Krebskranken, resp. mit dem Gewebssaft von Carcinomen ausgeführt. Es ergab sich, dafs mit beiden Mitteln die Leukocyten und die Lymphkörperchen zu amöboiden Bewegungen angeregt werden, und bei letzteren sieht man das Ausstrecken von Pseudopodien, welche bei Einwirkung der Methylenblaumischung ein Körnchen Chromatin enthalten. Ferner sieht man dabei das Auftreten von Mitosen mit alsbald erfolgendem schnellen Absterben. Aus diesem im Rahmen eines Referates kaum entsprechend wiederzugebenden Forschungen schliefsen Verfasser, dafs es möglich sein dürfte, im Organismus von Krebskranken einen Körper nachzuweisen, der die spezifische krebsige Entartung der Gewebszellen bewirkt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über sekundären Scirrhus der Haut, von C. Kreibich. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 38.) Beschreibung eines Falles von Magencarcinom, in dem die Hautmetastasen den Charakter einer umschriebenen Sklerodermie zeigten. Die anatomische Untersuchung zweier Hautherde und des Mammatumors ergab, dafs es sich um ein scirrhöses Carcinom handelte, dessen Eigenart in der interstitiellen Infiltration durch Tumorzellen und in dem Einflufs derselben, überall dort, wohin sie gelangen, die Produktion jungen straffen Bindegewebes anzuregen, gelegen war. Zusammen mit der carcinomatösen Infiltration, mit der parenchymatösen Quellung der vorhandenen Bindegewebsfasern, mit der bindegewebigen Umwandlung des Fettgewebes bedingte diese Produktion eine Hautveränderung, welche schon nach ihren anatomischen Voraussetzungen an Sklerodermie erinnern mufste. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von Hautcarcinom nach Trauma, von F. Henrich-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 3.) Ein Fabrikarbeiter erlitt bei der Arbeit zweimal im Verlauf von 14 Tagen einen heftigen Schlag gegen den Arm an einer Stelle, wo die Haut infolge einer zehn Jahre zuvor erfolgten Verbrennung in gröfserem Umfang narbig verändert war. Es entstand eine hämorrhagische Blase von Taubeneigröfse, welche in Ulceration überging. Etwa ein Vierteljahr später kam Patient ins Krankenhaus, wo durch Probeexcision die Diagnose gesichert wurde. Er lehnte eine Operation ab, kam aber nach sieben Wochen wieder zur Aufnahme. Der krebsige Prozefs hatte grofse Fortschritte gemacht, und namentlich die Stelle der Probeexcision zeigte eine starke Wucherung. Trotz Exartikulation des Armes ging der Kranke bald kachektisch zugrunde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Statistik der Carcinome des Gesichts und der behaarten Kopfhaut, von Marassovich. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 104, Heft 1—2.) Die Statistik umfafst das von 1901 — 1908 an der II. chirurgischen Universitätsklinik in Wien in Beobachtung gestandene Material. Durch dieselbe wird die Tatsache neuerdings erhärtet, dafs die Basalzellencarcinome, die ja im allgemeinen einen weitaus günstigeren Verlauf haben als die Plattenepithelcarcinome, operativ behandelt, ein wesentlich besseres Dauerresultat bieten. Die häufigeren Plattencarcinome dagegen zeigen in dieser Zusammenstellung, dafs ihre Heilungsmöglichkeit gegenüber jener der seltenen Baselzellenkrebse fast um die Hälfte geringer ist. *Haas-Hamburg.*

Ist das Radium ein Heilmittel für Krebs? von L. WICKHAM-Paris. (*Brit. med. Journ.* 18. Dezember 1909.) Auf diese in so allgemeiner Fassung gestellte Frage ist es, wie Verfasser darlegt, nicht möglich eine direkte Antwort zu geben. Man muſs vielmehr fragen: Gibt es Fälle von Krebs, oder im allgemeinen von malignen Geschwülsten, welche durch Radium geheilt werden können, und welche Indikationen gibt es für dessen Anwendung? Aus einem Beobachtungsmaterial von 600 in den letzten fünf Jahren behandelten Fällen von bösartigen Tumoren verschiedener Art hat W. die bestimmte Überzeugung gewonnen, daſs in der Tat die neoplastischen Zellen durch Radium derartig beeinfluſst werden, daſs in vielen Fällen eine vollständige und definitive Beseitigung des Tumors erzielt wird. Ob aber in einem gegebenen Falle Radium oder eine andere, namentlich eine chirurgische Behandlung vorzuziehen sei, hängt von den jeweiligen Indikationen, welche Verfasser des genaueren bespricht, jedesmal ab. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Verwendung von Radium zur Behandlung von Krebs und einigen verwandten Affektionen, von H. T. BUTLIN-London. (*Lancet.* 13. Nov. 1909.) Verfasser schildert hier die Erfahrungen, welche er bei einigen mit Radium teils in England, teils in Paris behandelten Patienten gesammelt hat. Bei dem einen Fall von Epitheliom der Zunge wurde ein entschiedener Erfolg erzielt, bei anderen muſste man ein vollständiges Versagen des Mittels selbst bei chirurgisch heilbaren Krebsen eingestehen. Bei Leukoplakia linguae läſst sich nach B.s Erfahrungen zwar keine Restitutio ad integrum erzielen, aber an Stelle der Läsionen entwickelt sich ein gesundes Narbengewebe, und die Methode hat dabei noch den Vorzug der Schmerzlosigkeit. Bei Ulcus rodens hat Verfasser verschiedene sehr schöne Heilungen durch Radiumbehandlung eintreten sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine durch die subcutane Injektion von menschlichen roten Blutkörperchen hervorgerufene cutane Reaktion bei Carcinom, von C. A. ELSBERG, H. NEUHOF und S. H. GEIST-New York. (*Amer. Journ. med. science.* Febr. 1910.) Die hier beschriebene Probe besteht in der Injektion einer Aufschwemmung von normalen roten Blutkörperchen unter die Haut des Vorderarms in Dosen von etwa 0,3 ccm einer 20%igen Mischung an einer von Venen möglichst freien Stelle. Bei Carcinomkranken sieht man nach meistens fünf Stunden, gelegentlich später, gelegentlich schon nach zwei Stunden eine ausgesprochene bräunlichrote bis kastanienbraune Verfärbung in einem ovalen Bezirk von 1×2 bis 3×5 cm Ausdehnung in der Umgebung der Einstichstelle sich entwickeln. Die Haut erscheint dabei etwas prominent und fühlt sich ein wenig teigig an. Manchmal hat die Stelle eine bläuliche Nuance und ist auch gelegentlich von einem weiſslichen Hofe umgeben. Nach einigen Stunden vergeht die Verfärbung; es entwickelt sich eine gelblich grünliche Phase (wie nach einem Schlage), und in zehn bis zwölf Stunden ist nichts weiter zu sehen. Bei gesunden Individuen erfolgt entweder überhaupt weiter keine Veränderung oder nur die Entwicklung eines Gebietes von variabler, uncharakteristischer Färbung. Verfasser haben bisher 684 Injektionen bei 432 Kranken gegeben. Sie erhielten bei 69 Krebskranken 62 mal ein positives Resultat, und unter 325 Patienten, welche nicht als krebskrank anzusehen waren, fiel die Untersuchung in etwa 95% der Fälle negativ aus. Die Einzelheiten der nicht allzu schwierigen Technik sind ausführlich angegeben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Findet eine Beeinflussung des Krebses durch Kohle statt? von A. STICKER-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 50.) Vor einigen Jahren wurde eine amtliche Mitteilung publiziert, der zufolge der Kohle eine gewisse inhibitorische Einwirkung gegen die Entwicklung von Carcinom zukäme; es wurde nämlich darauf hingewiesen, daſs nach Statistiken einer Bergwerksgegend in England unter den

Arbeitern in den Kohlengruben Krebs so gut wie unbekannt sei. Die in Deutschland durchgeführten Rundfragen haben kein definitives Resultat ergeben, was Verfasser darauf zurückführt, daſs einerseits nicht genau zwischen Sarkom und Carcinom dabei unterschieden wurde, und andererseits nicht die Art der Arbeit im Kohlengeschäft berücksichtigt wurde. Tierversuche an Hunden und Mäusen ergaben eine zweifellose Hemmung im Wachstum der subcutan eingepflanzten Sarkom- resp. Mäusecarcinomstücke durch Beimengung von vegetabilischer oder animalischer Kohle oder Graphit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Unterschied zwischen Rundzellensarkom und infektiösen Granulomen, von B. Kommissaruk. (Inaug.-Dissert. Berlin 1909.) Die ähnlichen Eigenschaften der Rundzellensarkome und der infektiösen Granulome sind: 1. Die mehr oder weniger abgegrenzte knotige Form; 2. das zerstörende Wachstum; 3. die Form der Metastasen. Die trennenden Eigenschaften sind folgende: 1. Die gewerbliche Zusammensetzung. Die infektiösen Granulome bestehen lediglich aus einem zellreichen, jugendlichen Bindegewebe, dem Granulationsgewebe; die Rundzellensarkome haben einen eigenartigen, durch bestimmte Zellen und ihre charakteristische Anordnung gekennzeichneten Bau. 2. Die Wachstumsart. Das infektiöse Granulom wächst durch fortschreitende entzündliche Wucherung des randigen Bindegewebs; das Rundzellensarkom wächst durch Vermehrung der in das angrenzende Gewebe eindringenden Tumorzellen; mit anderen Worten: das Rundzellensarkom wächst nur aus sich heraus, das infektiöse Granulom durch reaktive Hyperplasie des umgebenden Gewebes. 3. Die Art der Metastasenbildung. Die Metastasen der infektiösen Granulome entstehen durch Verschleppung der Geschwulsterreger in andere Körperteile, Vermehrung derselben und Granulationswucherung des örtlichen Gewebes; die Metastasen des Rundzellensarkoms entstehen durch Verschleppung der Geschwulstzellen, Festsetzung und eigne Vermehrung. *Fritz Loeb-München.*

Melanome und Sarkome der Haut, von J. A. Fordyce-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 2.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

b. *Benigne.*

Die mikroskopische Untersuchung des Neurofibroms, von Davydow. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1909. Nr. 19.) Nachdem Verfasser schon einmal früher einen Fall von Neurofibrom der Haut mikroskopisch untersucht hat, bot sich ihm, durch die Liebenswürdigkeit von Babasinski, die Möglichkeit. noch einen zweiten, schwereren Fall mikroskopisch zu untersuchen. In dem letzteren handelte es sich um eine elephantiastische Neurofibrombildung in der Kreuz- und Gesäſsgegend bei einem 22jährigen, geistig sehr zurückgebliebenen Bauer. Verfasser ist zu ähnlichen Schlüssen wie Finotti und Herczel gekommen, indem nach seiner Ansicht das Leiden seinen Ausgang nimmt von einer Wucherung der bindegewebigen Elemente der Nervenstämme, wozu dann sekundär sich eine Wucherung der bindegewebigen Zellen der Haut und ihrer Derivate sich gesellt. Die Schweiſsdrüsen, wie die Gefäſse sind ohne Bedeutung, wenn sie auch sekundär zunehmen können. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Behandlung der gewöhnlichen harten Warzen, des Clavus und Tyloma mit Kohlensäureschnee, von J. Fabry und Zweig-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 13.) Die Methode gestaltet sich im wesentlichen folgendermaſsen: man läſst aus einem der von Bierwirten benutzten Kohlensäurebehältern, der mit dem Hahn nach unten gelagert wird, eine genügende Menge Kohlensäure in einen Beutel von Waschleder austreten. Die so gewonnene Schneemasse preſst man in passend groſse Röhrchen (Spritzenzylinder) und appliziert dieselbe mit mehr oder weniger Druck 20 bis 50 Sekunden lang auf die zu behandelnden Gebilde. Abgesehen von

einem mäfsigen Brennen und Schmerzgefühl während der Zeit der jetzt erfolgenden Blasenbildung hat die Methode keine Nachteile. Im Laufe von ein bis zwei Tagen haben sich die Läsionen im Verein mit der Blase glatt von der Unterlage getrennt und werden einfach mit der Schere abgelöst. Eine zu lange Exponierung führt, wie Verfasser an Tierexperimenten zeigen, zu unerwünschter Nekrotisierung tieferer Partien.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kalkwasser zur Behandlung der Verruca plana, von D. Kennard - London. (*Brit. med. Journ.* 8. Jan. 1910.) Eine junge Dame litt seit drei bis vier Jahren an zahllosen Warzen der Hände und Handgelenke; es wurden die verschiedensten Mittel (auch Röntgenbestrahlungen) verwendet, ohne dafs der Affektion wesentlich Einhalt getan wurde. Schliefslich nahm Verfasser seine Zuflucht zu dem alten Mittel Kalkwasser und verordnete davon täglich etwa ein Viertel Liter. Nach vier Tagen vergingen sämtliche Warzen und seitdem (zwei Monate lang) sind keine neuen Läsionen wieder erschienen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

c. *Pigmentanomalien.*

Über die Dystrophia papillaris canis, von Chr. Schlenker. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1909.) Die Dystrophia canis papillaris ist ein mit der Akanthosis nigricans bzw. Dystrophia papillaris et pigmentosa des Menschen identisches, in der Regel schleichend sich entwickelndes, idiopathisches Hautleiden mit unbekannter Ursache, das durch sein typisches Krankheitsbild, seine Lokalisation und seine Symmetrie wohl charakterisiert und differenziert ist.

Der Arbeit sind drei vorzügliche Tafeln mit 19 Abbildungen beigegeben.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Akanthosis nigricans, von T. S. McIntosh-Edinburg. (*Brit. med. Journ.* 27. Nov. 1909.) Verfasser berichtet unter Beifügung von mehreren Abbildungen über den klinischen Befund bei einer 29jährigen ledigen Wäscherin. Die Läsionen waren in typischer Weise zuerst an den Händen und Fufssohlen aufgetreten, doch waren seitdem noch verschiedene andere Stellen, namentlich die Achselhöhlen und Kniee in stärkerem Mafse ergriffen worden. Die Magentätigkeit hatte lange sehr zu wünschen gelassen, und die chemische Untersuchung ergab eine entschiedene Verminderung der Salzsäuresekretion. Während des dreimonatigen Aufenthalts im Krankenhaus besserte sich sowohl die Dermatose als auch das Allgemeinbefinden ganz erheblich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Addisonsche Krankheit und die inneren Absonderungen, von Leonardi. (*Il Policlinico.* Vol. XVI M., Fasc. 8.) Verfasser hatte Gelegenheit drei Fälle zu beobachten und zu sezieren. Er fand an den inneren Organen nirgends eine Spur tuberkulöser Veränderungen. Er fafst die Krankheit auf als eine Affektion des ganzen sympathischen Systems.

Haas-Hamburg.

Ein Fall von Addisonscher Krankheit, von R. Barclay Ness-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* März 1910.) Der 44jährige Patient, Bahnwärter, zeigt als ausgesprochenstes Symptom der Affektion die Hautpigmentierung, welche vor etwa $3^1/_2$ Jahren als hellbraune Verfärbung zuerst an Gesicht und Handrücken auftrat und allmählich fast die ganze Hautfläche einnahm — nur Fufssohlen und Handflächen entgingen der Verfärbung. Auch die Schleimhäute des Mundes (Lippen, Zunge) zeigten Pigmentierung. Aufserdem waren Allgemeinerscheinungen in Form zunehmender Abmagerung, abnorm niederen Blutdrucks (geringer Grad von Herzschwäche), leichter Anämie und gastrischer Störungen vorhanden. Irgendeine tuberkulöse Affektion konnte nicht festgestellt werden, wiewohl die Augen-Tuberkulinreaktion (nach Calmette) positiv ausfiel. Patient wurde mit Nebennierensubstanz und mit Lösung von salz-

saurem Adrenalin per os behandelt und es trat Besserung der Allgemeinsymptome (Körpergewichtszunahme usw.) ein, jedoch keine Abnahme der Hautpigmentierung. Im allgemeinen war bis jetzt die Behandlung der ADDISONschen Krankheit mit Nebennierensubstanz nie von Erfolg, wie z. B. die des Myxödems mit Schilddrüsensubstanz, begleitet, und der beste Weg der Einverleibung dürfte der subcutane sein, der aber auf die Dauer, wie N. glaubt, auch nicht möglich ist. *Stern-München.*

Pseudoperitonitis bedingt durch Morbus Addisonii, von M. LANDOW-Wiesbaden. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 101, 1.—2. Heft.) Fall eines 19jährigen Mannes mit Morbus Addisonii. Der Patient kam in sehr verfallenem Zustande mit kahnförmiger Einziehung der stark kontrahierten Bauchdecken zur Krankenhausaufnahme und starb wenige Stunden nachher. Die Autopsie ergab eine Tuberkulose beider Nebennieren. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von angeborener Pulmonalstenose und von Septumdefekt, kombiniert mit Morbus Addisonii, von GUSTAV BAUM-Wien. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 4.) Ein 26jähriger tuberkulöser Mann bot ein wunderbares Gemisch von Bronzehaut und Blausucht dar. Drei Monate nach dem ersten Auftreten der graubraunen Hautfärbung starb er. Die Autopsie ergab unter anderem, dafs beide Nebennieren zu faustgrofsen Tumoren angewachsen waren. *Schourp-Danzig.*

Über Hypoglykaemie bei Morbus ADDISON sowie bei nebennierenlosen Hunden, von OTTO PORGES. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 69, Nr. 3 und 4.) Aus den Versuchen P.s geht hervor, dafs einige Stunden nach doppelseitiger Nebennierenexstirpation der Zuckergehalt des Blutes auf unternormale Werte herabsinkt. Für diese Hypoglykaemie ist ein Funktionsausfall der Marksubstanz der Nebenniere, des chromaffinen Gewebes verantwortlich zu machen, speziell eine mangelhafte Sekretion von Adrenalin, des spezifischen Produktes dieses Gewebes.

Bei drei vom Verfasser untersuchten Patienten mit Morbus ADDISON lagen die Blutzuckerwerte unter dem Mittelwerte der Norm. Es ist daher der Blutzuckerwert mit zur Diagnose eines Morbus ADDISON heranzuziehen. *Schourp-Danzig.*

Pigmentierung der Mundschleimhaut bei perniciöser Anämie, von T. G. MOORHEAD-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 9. April 1910.) Ein 28jähriger Stallknecht, welcher seit drei Monaten an den Erscheinungen der perniciösen Anämie gelitten hatte, zeigte bei der Aufnahme auf der Innenseite der Unterlippe und an einigen Stellen der Wangenschleimhaut blauschwarze Pigmentflecke in gröfserer Ausdehnung, wie solche sonst als charakteristisch für ADDISONsche Krankheit beschrieben werden. Die Zahl der Erythrocyten war auf 480000 im Kubikzentimeter zurückgegangen, und das Blut zeigte die sonstigen bekannten Abnormitäten. Unter Arsenikbehandlung besserten sich die Erscheinungen im allgemeinen, und die Pigmentierung war dann weniger deutlich zu sehen. Ähnliche Fälle sind nur ganz vereinzelt von H. WHITE, FRENCH und von LAZARUS besprochen worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Bedeutung des Pixavons für die Therapie und Prophylaxe des vorzeitigen Haarschwundes, von GEORG HAEDICKE-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1910. Nr. 7.) H. wandte bei zwölf Fällen verschiedener Stadien der Seborrhoe Pixavon an. Sofern es sich um beginnenden Haarschwund oder um weniger vorgeschrittene Fälle handelte, gelang es, den deletären Verlauf der Seborrhoe zu begrenzen und den Kranken vor völliger Kahlheit zu bewahren. H. empfiehlt das Präparat als ein gutes Kosmetikum für die gesamte prophylaktische Haarpflege.

Schourp-Danzig.

Percutane Nähte bei Varicositas cruris, von P. Kůzmik-Budapest. (*Orvosi Hetilap*. 1909. Nr. 52.) Verfasser schliefst die erweiterten Sammeladern mit percutanen Nähten aus der Zirkulation aus. Das Verfahren wurde bei 15 Patienten auf 24 Gliedmafsen vorgenommen. Einige Tage vor der Operation werden die Gliedmafsen des Patienten in stehender Positur im Laufe der erweiterten Ader der Lauf der Ader mit Lapis nachgezeichnet. Die Färbung verschwindet beim Waschen vor der Operation nicht wieder. Die Nähte werden mit einer stark gekrümmten Nadel und dicker Seide bei strenger Asepsis im zentralsten Teile der erweiterten Ader begonnen und gegen die Peripherie derart fortgesetzt, dafs die Nadel vom Rande der Ader etwa 0,5 cm weit ein- und ausgestochen und möglichst bis zum Muskelscheitel geführt wird. Die einzelnen Nähte werden in einer Entfernung von etwa 4—5 cm vorgenommen. In racemosen Teilen werden einander kreuzende Nähte gemacht. *Porosz-Budapest.*

Die balneo-mechanische Behandlung der Varicen, von Mougeot. (*Riv. internat. di Terap. fisica*. 1910. Nr. 3.) Der Verfasser beschreibt die in Bagnoles-de l'Orne, einem speziell von Varicenleidenden aufgesuchten französischen Badeorte, geübte Behandlungstechnik, die in der Verabreichung von Bädern mit nachfolgender leichter Streichmassage besteht. Bei der Behandlung zu Hause sollen diese Bäder durch Kohlensäurebäder ersetzt werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Behandlung von Hämorrhoiden, von J. Toth-Budapest. (*Gyógyászat*. 1910. Nr. 1.) Verfasser läfst in den Mastdarm, auf die Stelle zwischen dem äufseren und inneren Schliefsmuskel, einen ziemlich entfetteten lockeren Wattetampon einführen, dessen Gröfse am Anfange der Behandlung, aber auch später diejenige einer Erbse nicht übersteigen soll, damit kein unangenehmes Spannungsgefühl erweckt werde. Die Knoten schrumpfen langsam zusammen und die Höhle des Gefäfses verschliefst sich. Der Wattetampon hat kein bemerkenswertes Gewicht, ist schmiegsam, erweckt nicht im Mastdarm das Gefühl eines fremden Körpers, saugt das sich bildende Sekret auf und übt auf die erweiterten Venen einen ständigen Druck aus, der zum Ziele führt. *Porosz-Budapest.*

Die Behandlung von chronischen Beingeschwüren, von W. Evans-London. (*Lancet*. 13. Nov. 1909.) Verfasser konstatiert, dafs die Mehrzahl der chronischen Geschwüre am Unterschenkel aus zerfallenen syphilitischen Gummata entstehen, wenn er auch die Bedeutung der Venenvaricen durchaus nicht ignoriert haben will. Dementsprechend gibt er Jodkalium, öfters sogar in Dosen von 3—3,5 g pro die. Zur lokalen Behandlung empfiehlt er tägliche Verbände entweder mit Salben oder mit antiseptischen Lösungen, von denen eine schwache Jodlösung aufser Quecksilberverbindungen und eventuell Karbolsäure (1 : 100) den Vorzug verdienen. Die Unnasche Methode findet er nur gelegentlich indiziert. Nach erfolgter Heilung gibt er, seiner Anschauung von der Ätiologie entsprechend, eine Zeitlang Quecksilber innerlich. Für refraktäre Fälle verlangt er längere Bettruhe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über das erste Halbjahr der Spezialstation zur Behandlung von Unterschenkelgeschwüren, von R. L. Grünfeld-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr*. 1910. Nr. 15.) Warme Empfehlung des Unnaschen Zinkleimverbandes, dessen therapeutische und ökonomische Vorteile an recht grofsem Materiale ausprobiert wurden (530 Patienten in neun Monaten!). *W. Lehmann-Stettin.*

Die Hautatrophien (Atrophia diffusa, Anetodermia, Atrophia maculosa) und deren Verhältnis zur Sklerodermie, von E. Finger-Wien. (*Wien. med. Wochenschr*. 1910. Nr. 2 und 3.) Der Verfasser gibt ein Übersichtsreferat. Er schlägt vor, mit Rücksicht darauf, dafs alle diese sog. Atrophien mit entzündlichen Erscheinungen beginnen, nicht von Atrophien, sondern von atrophisierender Dermatitis zu sprechen und innerhalb dieser zwei Gruppen zu bilden: Anetodermien, Dermatitiden

mit Ausgang in schlaffe Atrophie, und Dermatitiden mit Ausgang in straffe Atrophie. Zu der ersten Gruppe gehörten dann: Anetodermia diffusa progressiva, Akrodermatitis atrophicans, Anetodermia maculosa, Witterungsatrophie, senile Atrophie. Zur zweiten Gruppe wären zu rechnen: Morphea, Sclerodermia, atypischer Lupus erythematosus, Lupus erythematosus, *Schourp-Danzig.*

Positiver Ausfall der Wassermann-Neisser-Bruckschen Syphilisreaktion bei Lupus erythematosus acutus, von L. Hauck-Erlangen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 1.) Vor kurzem hat Reinhardt (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 41) berichtet, daſs er bei einem Fall von akutem Lupus erythematosus eine positive Reaktion mit dem Wassermannschen Verfahren erhalten habe. Desgleichen hat H. bei einer 38jährigen Patientin mit einer akuten Entwicklung von Lupus erythematosus am Gesicht, an der Kopfhaut, den Armen und Händen und Zehen bei zwei Gelegenheiten die Serumreaktion positiv ausfallen sehen. Nach Besserung der Hautaffektion ergab die Probe ein negatives Resultat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Lupus erythematosus dissemminatus mit positiver Wassermannscher Reaktion, von Leo v. Zumbusch-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 15.) 43jährige Lehrerin, die seit zehn Jahren erkrankt, seit etwa einem Jahre eine rapide Ausbreitung ihres Leidens unter zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens beobachtet hat. Die Wassermannsche Reaktion ergibt vollkommene Hemmung, das Resultat ist positiv bei allen Modifikationen, obwohl die Möglichkeit einer Lues ausgeschlossen werden kann. Z. erinnert daran, daſs beim Lupus erythematosus disseminatus schon einige Male positiver Wassermann beobachtet worden ist (Hauck und Reinhardt). *W. Lehmann-Stettin.*

Ein mit Carcinom komplizierter Lupus erythematodes-Fall, von A. Roth-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 47.) Verfasser beschreibt einen interessanten Fall, der eine seltene Verquickung dieser beiden Krankheiten aufweist. Auf der Kopfhaut einer 85jährigen Frau fehlt, mit Ausnahme einer Stelle rechts und links in der Umgebung der Ohren, das Haar vollkommen. Auf den haarfreien Stellen ist die Haut auffallend dünn, glänzend und stark gespannt. Sie kann nicht in Falten gehoben werden und geht über in eine glatte, rein weiſse oder rosafarbige, von erweiterten Äderchen durchzogene Narbe, auf der zerstreut bräunlich pigmentierte, linsengroſse Flächen sichtbar sind. Die Ränder dieser Veränderungen sind hyperämisch und ödematös. Im Corium sitzende Infiltrate begrenzen sie und erheben sich wie eine Schanze über die Oberfläche des atrophischen zentralen Teils und sind mit zahlreichen weiſsen und gräulichweiſsen kleinen Schuppen bedeckt. Diese Schuppen sind an ihrer Unterfläche mit fadenförmigen Fortsätzen versehen. Nach dreiwöchentlicher Behandlung (Seifenabwaschung, lokale Anwendung von Quecksilber- und Salicylpflaster, innerlich Arsen) verlieſs sie gebessert das Spital. Vier Monate später meldete sich Patientin wieder mit einer faustgroſsen, blumenkohlartigen Geschwulst am Scheitel, die seit sechs Wochen rapid gewachsen ist und keine Schmerzen verursacht, aber oft geblutet hat. Diagnose: Ausgeprägtes Epithelialcarcinom. Drei Wochen nach der Operation: Am Scheitel ein kreisförmiges, rezidivierendes Carcinom. Das carcinomatöse Gewebe wurde täglich mit Chininum bisulfuricum bestreut, bis es infolge der elektiven Wirkung des Chinins ganz verschwunden war. Dann wurde die Wundfläche mit Borsäure behandelt. Zwei Monate später trat Heilung ein. *Poross-Budapest.*

Lupus erythematosus acutus, von A. Roth-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 48.) Lupus erythematosus acutus endet in den meisten Fällen letal. Es ist eine schwere infektiöse Erkrankung mit hohem Fieber, Sopor und Gelenkaffektionen, denen sich Pneumonie, Pleuropneumonie oder Nephritis zugesellen. In der Havasschen

Abteilung wurden drei Fälle behandelt, zwei endeten mit septischen Symptomen letal, ein Patient wurde geheilt entlassen. *Poross-Budapest.*

Ein Fall von akutem Lupus erythematosus, von F. Bertham und F. W. Eurich-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 13. Nov. 1909.) Verfasser berichten über einen jener äufserst seltenen Fälle, welche von Kaposi als Lupus erythematosus acutus gedeutet worden sind. Es handelte sich in diesem Falle um ein 15 jähriges, sonst gesundes, munteres Fräulein, das eigentlich nur gelegentlich über Frostbeulen zu klagen gehabt hatte. Etwa vier Monate vor der akuten Erkrankung hatte die Mutter eine rötliche Verfärbung und abnormen Glanz der Haut in der Umgebung der Fingernägel bemerkt und für Frost gehalten. Bei einem im ganzen negativen Befund bot die Patientin bei der ersten Untersuchung das Bild grofser Hinfälligkeit und Erschöpfung bei hohem Fieber dar. Im weiteren Verlauf traten die Läsionen des Lupus erythematosus am Gesicht und sonstigen Körper in ausgedehntem Mafse hervor, und binnen Monatsfrist ging die Kranke zugrunde. Die Obduktion lieferte keine aufklärenden Momente.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Idioneurosen.

Beiträge zur Behandlung des Pruritus, von Paul Richter-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Nov. 1909.) Als gutes symptomatisches Mittel bei Pruritus wird Vilja-Creme, auch in verzweifelten Fällen, empfohlen, besonders bei Strophulus infantum und Pruritus ani. *Arthur Schucht-Danzig.*

Der Pruritus beim Lymphadenom, von A. Mauté. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 6.) Krankengeschichte eines 61 jährigen Mannes mit Lymphadenomen am Halse und universellem, überaus heftigen, jeder Behandlung, auch der Röntgenbestrahlung trotzenden Pruritus, der gleichzeitig mit der Lymphdrüsenschwellung eingesetzt hat und ohne sichtbare Veränderung der Haut verlief. Ähnliche Beobachtungen sind schon mehrfach mitgeteilt worden; die Ursache des Pruritus in diesen Fällen konnte aber bisher noch nicht festgestellt werden, vielleicht handelt es sich um eine Giftwirkung. *Götz-München.*

Beitrag zur Beurteilung der Ballschen Operation bei Pruritus ani, von P. Leighton-Eltham. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1910.) Bei zwei Männern im Alter von etwa 40 Jahren, welche seit drei Jahren vergeblich wegen des höchst qualvollen Juckreizes behandelt worden waren, führte Verfasser die Durchschneidung der Analnerven durch grofse, subcutane, zirkuläre Schnitte mit vollem Erfolge aus. In dem einen Fall trat zwar eine Vereiterung der Wunden ein, doch erfolgte Heilung in drei Wochen ohne weiteren Nachteil. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Sekretionsanomalien.

Cyanopathia cutanea, ein ungewöhnlicher Fall von krankhaftem Ausschwitzen von blauem Farbstoff durch die Haut, von C. Billard-Angers. (*Lancet.* 23. Okt. 1909.) Dieser Artikel ist ein Abdruck eines im Jahre 1831 im *Lancet* erschienenen Berichtes über ein 16 jähriges Mädchen, Wäscherin, welches längere Zeit hindurch die Erscheinung des blauen Schweifses darbot. Die Affektion erreichte einen sehr hohen Grad, verging aber schliefslich unter Darreichung von Natrium bicarbonicum in Infus von Orangenblüten und Abreibungen mit Olivenöl. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Zwei Fälle von Creeping Disease, von George H. R. Gosman - Barrancas. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 1.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Die Lebensdauer der Krätze mitten in Kleidungsstücken, von J. N. Laird-Maecksfield. (*Brit. med. Journ.* 29. Jan. 1910.) Ein junger Mann von reinlichen Lebensgewohnheiten akquirierte Scabies, welche auf geeignete Behandlung prompt heilte. Er hatte bis zum Beginn der Kur gestrickte, wollene Handschuhe getragen, welche dann ohne weitere Desinfektion bei Seite gelegt wurden. Volle sieben Monate später benutzte er sie wieder, und binnen vier Wochen traten typische skabiöse Läsionen an seinen Händen wieder hervor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung der Scabies mit „Perugen" (synthetischem Perubalsam), von Fritz Lipschütz-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Perugen gleicht in Aussehen und Geruch ganz dem Perubalsam. Experimentell ergab sich Abtötung der Milben in der gleichen Zeit wie durch Perubalsam. Die schädlichen Nebenwirkungen des letzteren auf die Nieren wurden nicht beobachtet. Die Patienten bekommen zunächst ein Schmierseifenbad und werden dann mit einer Mischung von einem Teil Perugen und zwei Teilen 90%igem Alkohol eingerieben. Es werden sechs bis zehn Einreibungen innerhalb von vier bis sechs Tagen appliziert.

Arthur Schucht-Danzig.

Infektion mit Dermatobia noxialis; Bericht über einen Fall, der im südlichen Mexiko akquiriert wurde, von J. D. Manget-Atlanta, Ga. (*Med. Record.* 26. Juni 1909.) Ein 38jähriger Mann, der sich beim Baden usw. öfter Fliegen- und Mückenstichen ausgesetzt hatte, begann über allgemeines Unwohlsein zu klagen, Schwäche und intermittierendes Fieber, so dafs man an Malaria dachte. Zu gleicher Zeit bildeten sich am Oberkörper eine Reihe furunkelartiger Stellen, in denen sich nach Exzision die Larve einer Fliege (Dermatobia noxialis) fand. Nach Entfernung der Larven verschwanden alle Symptome. *W. Lehmann-Stettin.*

Pneumothorax und subcutanes Emphysem, von Louis Renon-Paris. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 40.) Pneumothorax und subcutanes Emphysem können in verschiedenartiger Weise zusammenhängen. Durch eine äufsere Wunde kann Luft gleichzeitig in die Pleurahöhle und in das subcutane Zellgewebe eindringen oder es gelangt infolge der Ruptur einer Lungenalveole oder eines pleuralen Tuberkels oder einer der Pleura adhärenten Kaverne Luft in die Pleurahöhle und in das interlobuläre Gewebe und von diesem aus in das Mediastinum und in das subcutane Bindegewebe des Halses. Fälle, in denen das Mediastinum emphysematös geworden ist, sind stets lebensgefährlich. — Subcutanes Emphysem wird bei Kranken mit Pneumothorax zuweilen auch künstlich erzeugt durch Infektion der Subcutis gelegentlich einer Probepunktion bei Pyopneumothorax oder durch Eindringen von Luft in das subcutane Gewebe gelegentlich einer Thorakocentese bei Pneumothorax; im ersteren Falle kann der Kranke durch Eröffnung des Gasabscesses und der Pleurahöhle gerettet werden, im zweiten Falle ist ein schlimmer Ausgang die Regel, der Kranke geht gewöhnlich 24 bis 48 Stunden nach Ausführung der Thorakocentese zugrunde. Das subcutane Emphysem kann in derartigen Fällen, wie einige Beispiele zeigen, kolossale Ausdehnung gewinnen.

Götz-München.

Die Hautmikrosporie, von Richard Blitz. (Inaug. - Dissert. Berlin 1909.) Verfasser schliefst aus seinen Untersuchungen, dafs 1. die Hautmikrosporie klinisch kaum zu diagnostizieren, jedenfalls von der gewöhnlichen Trichophytie nicht zu unterscheiden ist, dafs 2. sie gleich letzterer mannigfaltige Bilder in ihren äufseren Erscheinungsformen aufweist und ihre Erreger mit Allgemeingültigkeit für die Mikro-

sporie eine grofse Anzahl repräsentieren, dafs sie 3. bei Mikrosporon lanosum am häufigsten ist. Einer streng gesonderten Klassifizierung dieser Parasiten müssen die zahlreichen klinischen und kulturellen Varietäten, wie auch das gemeinsame Auftreten mit der Trichophytie an demselben Patienten grofse Hindernisse in den Weg legen. Dazu kommt, dafs hier zwei Meinungen streng einander gegenüberstehen; die eine nimmt für jede klinische und kulturelle Eigenart einen besonderen Parasiten an, sie wird durch SABOURAUD und seine Schule vertreten, während die andere sie möglichst auf denselben zurückzuführen sucht, dessen wechselnde Eigenschaft durch Nährböden, Temperatur usw. bestimmt werden. Wenn man bedenke, wie schon Favus in sehr ähnlicher Weise Trichophytie vortäuschen könne, wie die Identität des Mikrosporon lanosum und caninum lange Zeit selbst von SABOURAUD nicht erkannt wurde, so sei man leicht versucht, sich letzterer Richtung anzuschliefsen. *Fritz Loeb-München.*

Zur Behandlung der Tinea tonsurans, von E. L. JENKINS - Hinckley. (*Brit. med. Journ.* 29. Jan. 1910.) Verfasser behandelt die Trichophytie am Kopfe folgendermafsen: An der affizierten Stelle werden die Haare kurz abgeschnitten und das affizierte Gebiet wird zweimal täglich mit Sassafrasöl eingepinselt. Nach zwei bis drei Wochen sieht man dann neue Furchen auswachsen und allmählich, in etlichen Wochen, ist die Heilung perfekt. Für Pediculosis capitis tut das Mittel ebenfalls die allerbesten Dienste. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vom Pferde stammende Trichophytie, von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 40.) J. beobachtete bei einem 30jährigen Hufschmied am linken Vorderarm einen Trichophytieherd, der durch Trichophyton gypseum (SABOURAUD) verursacht war. Diese Form der Trichophytie ist unter dem Namen Kerion Celsi längst bekannt, während ihr Erreger, der vom Pferd auf den Menschen übertragen wird, erst vor kurzer Zeit festgestellt wurde. Die Affektion, die in Frankreich auch Perifolliculite agminée genannt wurde, kommt auf der unbehaarten Haut und besonders im Bart, nicht aber auf der behaarten Kopfhaut vor (dann ist sie aber nicht identisch mit der Affektion, die in Deutschland Kerion Celsi hiefs. Ref.); die Trichophytie der behaarten Kopfhaut stammt nicht vom Tiere, sondern vom Menschen. — In dem beschriebenen Falle fanden sich an der kranken Stelle zahlreiche kleine Pusteln; die Eiterung war nicht durch eine Sekundärinfektion, sondern durch den Trichophytonpilz selbst verursacht. Die Behandlung besteht in Applikation feuchter Verbände oder aseptischer Kataplasmen, bis die Entzündungserscheinungen geringer geworden sind; dann wird Jodtinktur aufgepinselt. *Götz-München.*

Mifsbildungen.

Zwei Fälle von Naevus vasculosus durch Röntgenbestrahlung geheilt, von H. E. SCHMIDT-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 52.) SCHM. hat einen flachen, handtellergrofsen Gefäfsnaevus durch vier und einen dreimarkstückgrofsen, tumorartigen Gefäfsnaevus durch sechs Röntgenbestrahlungen zum Verschwinden gebracht; im ersten Falle erfolgte die Heilung ohne jede Narbenbildung oder Atrophie, im zweiten Falle entstand eine Narbe, die aber ganz zart und kaum sichtbar war. Gebraucht wurden mittelweiche Monopolröhren (8—10 WEHNELT) und mittelweiche Therapie-Zentralröhren (BURGER, 5—6 WEHNELT) bei 0,4 Milliampère, 15 cm paralleler Funkenstrecke, 17 cm Fokushautdistanz, in jeder Sitzung wurde $^1/_2$—1 Erythemdosis nach SABOURAUD - NOIRÉ in sechs bis zwölf Minuten verabreicht. Aus seinen Erfahrungen zieht SCHM. folgende Schlüsse:

Naevi vasculosi sind durch Röntgenbestrahlung zu heilen. Ein prinzipieller Unterschied in der Wirkung der Rötgen- und Radiumstrahlen auf die Gefäfsneubildungen

besteht nicht. Die Röntgenbestrahlung bietet den Vorteil, dafs sich gröfsere Flächen in einer Sitzung behandeln lassen. Als unangenehme Nebenwirkung der Röntgen- und Radiumbehandlung wäre die spätere Bildung von Pigmentflecken und Teleangiektasien zu nennen. Diese läfst sich aber ziemlich sicher vermeiden, wenn die Erythemdosis in der Einzelsitzung nicht überschritten und die nächste Bestrahlung erst nach völliger Abheilung des Erythems vorgenommen wird. Flache Naevi können ohne Narbe heilen, Angiome nur mit Narbe, die aber kosmetisch hervorragend ist. Nur bei kleinen Angiomen und ganz flachen Naevis führt die Elektrolyse oder die Finsen- oder Quarzlampenbehandlung zum Ziel. Bei allen gröfseren flachen und besonders bei den tumorbildenden Naevis ist die Röntgenbehandlung indiziert.

Eine Wachstumshemmung bei Kindern infolge der Bestrahlungen ist nicht zu befürchten, da ja nur wenige Sitzungen und geringe Dosen erforderlich sind.

Götz-München.

Die Behandlung der roten Muttermäler mit Licht und Radium nach Erfahrungen an 40 Fällen, von Kromayer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) Seit seiner ersten Publikation über die Beseitigung der roten Muttermale durch Quarzlampenlicht hat Kr. 40 Fälle von Naevi vasculosi zum Teil mit Licht, zum Teil mit Licht und Radium behandelt. Von diesen 40 Fällen sind nur einzelne durch die Behandlung überhaupt nicht beeinflufst worden, die grofse Mehrzahl wies eine mehr oder weniger starke Besserung auf; doch war Kr. durch die erzielten Erfolge meist weniger befriedigt als die Patienten, die sich oft zur Wiederholung der Behandlung drängten. Die Wiederholung hat aber eine Grenze. Die Lichtentzündung ist das erste Mal am erfolgreichsten, dann verliert sie allmählich an Wirkung, erzeugt häufig Pigmentationen, welche die Lichtstrahlen absorbieren und ist nach vier- bis fünfmaliger Wiederholung nicht mehr imstande, eine weitere Besserung herbeizuführen. Ähnliches gilt vom Radium, dessen allzu häufige Anwendung sich schon wegen der Gefahr einer späteren Dermatitis mit Teleangiektasie verbietet; öfter wie zwei- bis dreimal hat Kr. denselben Bezirk nie der Radiumentzündung ausgesetzt.

Auch im günstigsten Falle, bei vollkommener Beseitigung der roten Farbe, wird die Haut nur bei den ganz kleinen, oberflächlichen arteriellen Naevi vollkommen normal, bei den gröfseren Naevi nimmt sie eine leicht narbige, atrophische Beschaffenheit und meist einen etwas weifseren Ton als die umgebende Haut an. Dieses günstigste Resultat wird besonders durch Kombination von Licht und Radium erreicht, bei den kleinen, oberflächlichen arteriellen Naevi auch durch Radium allein, während bei der Lichtbehandlung eine rötlich- oder bläulichweifse Farbe bleibt.

Die Indikationen der verschiedenen Behandlungsmethoden sind:

1. Die ausgedehnten, roten und blauroten Naevi, soweit sie oberflächlich sind und auf Kapillarerweiterung mit geringer arterieller Beteiligung beruhen, eignen sich für die Lichtbehandlung.

2. Die kleinen, roten, arteriellen Naevi eignen sich für die Radiumbehandlung.

3. Die mittelgrofsen, meist gemischten Naevi, die das Hauptkontingent der Naevi stellen, eignen sich für eine Kombination von Licht- und Radiumbehandlung.

Eine Heilwirkung der Röntgenstrahlen auf Teleangiektasien konnte Kr. bisher nicht beobachten. *Götz-München.*

Zur Strahlenbehandlung der roten Muttermäler, von H. E. Schmidt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 10.) In einer kurzen, gegen Kromayer gerichteten Polemik betont Schm., dafs er noch keinen richtigen Naevus vasculosus durch Finsen- oder Quarzlampenlicht heilen konnte, dagegen ist ihm dies immer mit Radium gelungen. Bei gröfseren und tumorartigen Naevi verdient jedoch die physiologisch in gleicher Weise, nur mehr in die Tiefe wirkende Röntgenstrahlung den Vorzug, weil

man damit gröfsere Flächen auf einmal behandeln kann. Die Kombination von Licht und Radium hält SCHM. für überflüssig. Bei kleinen spinnenförmigen Naevi und bei kleinen Angiomen braucht man weder Licht, noch Radium, noch Röntgenstrahlen, hier erzielt man mit Elektrolyse durchaus befriedigende Resultate. *Götz-München.*

Über den therapeutischen Wert des Kohlensäureschnees zur Behandlung von Naevus vasculosus, Pigmentmolen usw., von J. M. H. MACLEOD - London. (*Brit. med. Journ.* 29. Januar 1910.) Die Methode empfiehlt sich, wie auch aus anderen Publikationen hervorgeht, durch die Einfachheit der Technik, die Billigkeit und durch die guten Erfolge. Verfasser hat mehrere Fälle von Naevus mit dem schönsten Erfolg behandelt. Beim Lupus vulgaris hat das Verfahren nur für die oberflächlich lokalisierten Läsionen Wert. Einige Fälle von Lupus erythemotosus erfuhren dadurch zwar keine Verschlimmerung, aber auch keine ausgesprochene Besserung. Auch Ulcus rodens wurde damit behandelt; falls die Läsionen nicht zu sehr in die Tiefe greifen, kann man vorzügliche Resultate dabei erzielen. Ganz schmerzlos ist die Anwendung nicht, doch sind die Beschwerden niemals sehr erheblich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Teleangiectasia hereditaria haemorrhagica und Angiomatosis miliaris, von A. LAFFONT - Algier. (*Presse méd.* 1909. Nr. 87.) Der Verfasser konnte in derselben Familie die Coexistenz des Symptomenkomplexes der Teleangiectasia haemorrhagica hereditaria (HANES, *Bull. of the John Hopkins hospital*, 1909. Vol. XX.) und der Angiomatosis miliaris (STEINER und VOERNER, *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1909, Nr. 1 u. 2) beobachten, ja sogar den Übergang der ersten Form in die andere an derselben Person feststellen, so dafs er geneigt ist, klinisch die beiden Formen als zwei verschiedene Manifestationen derselben Krankheit anzusehen.

Eine 48jährige Frau bekommt nach dem 40. Jahre auf Brust, Armen und Schläfen, sowie zwischen den Schulterblättern eine Eruption angiomatöser Flecken, welche teils spontan verschwinden, teils eine Tendenz zu Hämorrhagien haben. Dazu hatte die Person häufige Epistaxis. Bei der jetzt 72jährigen Mutter dieser Patientin waren genau die gleichen Erscheinungen an Brust, Arm, Hals und Ohr aber ohne die Tendenz zu Hämorrhagien, um das 62. Lebensjahr aufgetreten. Die jüngere Schwester der erstgenannten Patientin hat die gleichen Angiome seit zehn Jahren im Nacken, auf den Armen und an den Ohren, ebenfalls ohne Hämorrhagien. Ein jüngerer 36jähriger Bruder hat seit fünf bis sechs Jahren disseminierte Angiome auf Brust und Rücken, auch ohne Hämorrhagien. Der 51jährige ältere Bruder, der vom Verfasser nicht untersucht werden konnte, hat öfters Haemoptoë, welche vielleicht auf pharyngealen Angiomen beruht. Dieselben Angiome konnten auch bei den drei Töchtern der erstgenannten Patientin beobachtet werden. Die älteste 25jährige hat Gefäfsdilationen im Gesicht und am Rumpf, die schon mehrmals geblutet haben, die jüngere 23jährige bekam vor drei Monaten plötzlich auf beiden Armen rote papulöse Flecken, die äufserst klein, miliar sind und auf Druck verschwinden, aufserdem aber zwischen den Schulterblättern, im Nacken und am Rumpf gröfsere Flecken, welche vollständig mit den bei den übrigen Familienmitgliedern beobachteten übereinstimmten. Aufserdem waren bei derselben Person andere Angiome von verschiedener Gröfse, welche die Zwischenglieder zwischen den sehr kleinen Angiomen der Arme, die der Angiomatosis miliaris von STEINER und VOERNER entsprechen, und den banalen Teleangiektasien des Rumpfs und des Nackens darstellen. Doch konnten bei ihr keine Hämorrhagien an den Angiomen festgestellt werden. Hingegen hat sie häufige Epistaxis und Zahnfleischblutungen. Die dritte Schwester, die 19 Jahre alt ist, hat einige Varikositäten am Auge und kleine Angiome am Nacken, der Brust und dem Rücken.

LAFFONT möchte alle diese und die in der Literatur vorhandenen Fälle von

KOPP, CHAUFFARD, RENDU, BLASCHKO, JOSEPH, HANES, STEINER-VOERNER mit dem gemeinsamen Namen hereditäre Teleangiektasie oder Angiomatosis hereditaria bezeichnen und davon: 1. eine miliare und 2. eine banale Form unterscheiden. Jede dieser letzteren würde wieder in eine hämorrhagische und eine nicht hämorrhagische zerfallen. *Gunsett-Strafsburg.*

Haarvernichtung durch Elektrolyse ohne sichtbare Narbe mit KROMAYERscher Nadel, von J. CSILLAG-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 46.) Verfasser machte an seinem eigenen Unterarm Versuche. Er entfernte von einer Fläche 100 Haare, so dafs diese Fläche danach einen vollkommen kahlen, haarlosen Kreis bildete. 65 waren leicht, 17 etwas schwerer, aber doch leicht, 18 ganz schwer extrahierbar. Daraus kann mit Wahrscheinlichkeit gefolgert werden, dafs bei 18% die Elektrolyse nicht gelungen ist. Das erste Haar zeigte sich drei Wochen später, das letzte fünf Wochen nach Beendigung der Elektrolyse. Nach der leichteren oder schwereren Extrahierbarkeit der Haare kann mit annähernder Pünktlichkeit der Erfolg der Elektrolyse bzw. die Zahl der Rezidive vorausgesagt werden. Verfasser beobachtete durchschnittlich 33% Rezidive und kommt zu folgenden Ergebnissen: Wenn man in der Handhabung der Nadel geübt ist, erkennt man die regelmäfsigen und regelwidrigen Veränderungen. Man kann von 100 Haaren bei 0—20 mit der Wahrscheinlichkeit des Durchbrennens ohne Zurücklassung einer Narbe und mit der Aussicht auf den Nachwuchs von 20—25 Haaren die Epilation vornehmen. Die KROMAYERschen Nadeln bedeuten auf dem Gebiete der elektrolytischen Epilation einen bedeutenden Fortschritt und einen grofsen Gewinn für die Therapie der Hypertrichose. *Poroez-Budapest.*

Hypertrichosis lumbalis ohne Spina bifida, von M. SCHEIN-Budapest. (*Bör-es Buja kortan,* Beiblatt des *Budapesti Orvosi ujság.* 1909. Nr. 4.) Die durch mehrere Beispiele illustrierte Behauptung des Verfassers, laut der er die Entwicklung der Muskeln, der Knochen mit der Hauternährung in Zusammenhang bringt, ist recht bemerkenswert. Es ist nicht das erste Mal, dafs in der Mitte des Rückgrates Hypertrichosis konstatiert werden kann, ohne dafs Spina bifida nachzuweisen ist. Wenn das Rückgrat zu Beginn des Mannesalters stärker wächst, als das Kreuzbein, wird damit zusammen auch das Wachsen der Haut verhindert; andererseits bekommt sie reichlichere Nahrung, die zum Wachsen des Haares verwendet wird. In Verfassers Falle ist eine angeborene Anomalie vorhanden, die Vereinigung der Processus spinosi ist verspätet eingetreten. Da der Haarwuchs zu dem Wuchs der Hautoberfläche in umgekehrtem Verhältnis steht, kann auch die zu Beginn des Mannesalters manchmal auftretende sakrale Trichose mit dem Zurückbleiben des Wuchses der Hautoberfläche in der sakrolumbalen Gegend in Zusammenhang gebracht werden. Wenn die Vereinigung der Processus spinosi eine Verspätung erfährt, ist der Wuchs der Hautoberfläche nur solange gehindert, solange die Spina bifida nicht ganz zur Rückbildung gelangt ist. Über der Spina bifida occulta bleibt der Wuchs der Hautoberfläche im Verhältnisse zur Umgebung zurück; wird besser ernährt, so wird der Nahrungsüberschufs zum Haarwuchs verwendet. *Porosz-Budapest.*

Das Versagen der Röntgenstrahlen in der Behandlung der Hypertrichosis, von MAY CUSHMAN RICE-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 2.) Der Verfasser sieht in der Anwendung der Elektrolyse das einzige rationelle Mittel in der Therapie der Hypertrichosis. *Schourp-Danzig.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Über den Einfluſs der innersekretorischen Anteile der Geschlechtsdrüsen auf die äuſsere Erscheinung des Menschen, von Julius Tandler. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 13.) Die sogenannte innere Sekretion gewisser Körperdrüsen, die von bestimmten Teilen der betreffenden Drüsen (z. B. das interstitielle Stroma des Hodens) abhängig ist, hat nicht nur für die Ausbildung der sogenannten sekundären Geschlechtscharaktere Bedeutung, sondern für den ganzen Habitus der Erscheinung; sowohl Form und Aussehen als auch die Gröſsenmasse des Körpers werden hierdurch bestimmt. T. gibt eine ganze Reihe sehr markanter Beispiele hierfür. („Es ist wohl nicht zuviel gesagt, daſs die Spätreife der Nordländer und ihr besonderes Längenwachstum ebenso wie die Frühreife der Südländer und ihre geringere Körpergröſse ursächlich in Zusammenhang stehen“). *W. Lehmann-Stettin.*

Demonstration eines Falles von Hermaphroditismus, von P. Marcuse. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 52.) Der heutige Standpunkt des Bürgerlichen Gesetzbuches, das den Namen Zwitter gar nicht erwähnt, ist unhaltbar. Denn die Motive hierzu: „Nach dem heutigen Stande der medizinischen Wissenschaft darf angenommen werden, daſs es weder geschlechtslose, noch beide Geschlechter in sich vereinende Menschen gibt, daſs jeder sogenannte Zwitter entweder ein geschlechtlich miſsgebildeter Mann oder ein geschlechtlich miſsgebildetes Weib ist,“ sind falsch. Selbst bei der Möglichkeit der mikroskopischen Untersuchung von manchen Keimdrüsen gelingt es nicht immer, aus der Struktur des oftmals degenerierten Organs sicher zu erkennen, ob es Ovarium oder Hoden ist.

Der vorgestellte Fall betrifft ein sechsjähriges „Mädchen“, bei dem es sich wahrscheinlich um Pseudohermaphroditismus masculinus handelt. Sicherheit läſst sich aber nur durch die hier unmögliche Untersuchung einer Keimdrüse gewinnen. Es wird empfohlen, das Kind vorläufig als Mädchen in den standesamtlichen Listen weiterführen zu lassen, es aber mit behördlicher Genehmigung in Knabenkleidern eine Knabenschule besuchen zu lassen, bis sich das Geschlecht in wenigen Jahren vollständig geklärt hat. *Arthur Schucht-Danzig.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Plastische Induration des Corpus cavernosum, von H. J. Whitacre-Cincinnati. (*New York med. Journ.* 19. März 1910.) Plastische Induration ist eine progressive, schmerzlose Bindegewebsverdickung im fibrösen Gewebsschaft des Corpus cavernosum, welche im Alter von über 50 Jahren auftritt und nicht die Folge lokaler Erkrankung des Penis ist. Diese Bindegewebsverdickung verursacht aber allmählich ernstliche Störungen in den Urogenitalfunktionen. Die chirurgische Behandlung allein kann Heilung des Zustandes bringen, wie Wh. an zwei selbstbeobachteten Fällen (einen 63- und einen 53jährigen Mann betreffend) des Näheren ausführt, von der Überzeugung ausgehend, daſs eine halbmondförmige Inzision in der Haut der Schamgegend gerade oberhalb der Basis des Penis den gröſseren Teil des Corpus cavernosum freilegen und daſs alle Verwachsungen, die gegen die Operation angeführte unangenehme Folgeerscheinung, damit vermieden würden. Diese Freilegung des Schwellkörpers gestattet, alles fibröse Gewebe möglichst bis zum Gefäſsteil desselben und das feste Bindegewebe zu entfernen. Wh. ist übrigens der festen Meinung, daſs das Corpus cavernosum einen noch tiefer gehenden Eingriff wohl auszuhalten vermag, ohne das Erektionsvermögen zu verlieren, und daſs mit solch radikalerem Vorgehen die Erfolge noch bessere werden würden. Mit zwei Abbildungen. *Stern-München.*

Ein neues Instrument für die Urethroscopia posterior, von K. Wossidlo-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) Das von W. und das von Goldschmidt für die Urethroscopia posterior angegebene Instrument ergänzen sich gegenseitig; zum Zweck einer genaueren Diagnose und besonders zur lokalen endourethralen Behandlung ist man häufig genötigt, beide Instrumente nach einander einzuführen. Um diese Unannehmlichkeit zu umgehen, hat W. von C. G. Heynemann-Leipzig ein neues Urethroskop konstruieren lassen, das eine Kombination des Goldschmidtschen und seines eigenen Instruments darstellt und die Untersuchung der hinteren Harnröhrenpartie mit und ohne Wasserspülung gestattet. *Götz-München.*

Zur Ätiologie der gonokokkenfreien Urethritis, von K. Lindner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) L. hat in frischen Fällen von Urethritis non blennorrhoica Zelleinschlüsse vom typischen Aussehen der Prowazekschen Gebilde nachweisen können und vermutet auf Grund seiner Untersuchungen, dafs es sich bei diesen nicht-spezifischen Urethritiden um Trachom der Urethra handelt.
W. Lehmann-Stettin.

Fall von periurethralem Abscefs, von Charles S. Stern-Hartford. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 5.) Ein 38jähriger Mann mit häufiger Blennorrhoe-Infektion und Exacerbationen des Leidens bekam neben dem Frenulum einen periurethralen Abscefs, der gespalten wurde und heilte. *Schourp-Danzig.*

Harninfiltration, von Leguéu. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 4.) Ausgehend von der Beschreibung eines einschlägigen Falles weist L. darauf hin, dafs das Krankheitsbild, das früher als Harninfiltration bezeichnet wurde, in Wirklichkeit eine diffuse periurethrale Phlegmone ist, in deren Pathogenese der Harn gar keine Rolle spielt. Die Affektion wird hervorgerufen durch Eindringen von virulenten Keimen, Staphylokokken, Streptokokken, Bacterium coli und besonders von anaëroben Mikrobien in das periurethrale Gewebe, die Vorbedingung für ihre Entstehung aber bildet das Vorhandensein einer Harnröhrenveränderung: zumeist ist das eine Striktur, aber auch an eine beim Katheterisieren gesetzte Verletzung der Harnröhrenschleimhaut, an die lineäre Elektrolyse, an intraurethrale Operationen usw. kann sich eine periurethrale Phlegmone anschliefsen. Die Behandlung besteht in multiplen, sehr tiefgreifenden Inzisionen, die möglichst frühzeitig gemacht werden müssen; jede Verzögerung verschlechtert die Prognose. Mit der Behandlung der Harnröhrenveränderungen, die dem Auftreten der Phlegmone zugrunde lagen, darf erst nach völliger Heilung der letzteren begonnen werden. *Götz-München.*

Interne Spontanzerreifsung der Urethra, von Jules Gaudy. (*Journal méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 13.) Ein 45jähriger Patient mit fünf bis sechs Blennorrhoen in der Anamnese bekommt spontan eine Harnröhrenblutung, als deren Ursache urethroskopisch eine 2 cm lange rifsartige Wunde nachgewiesen wurde, während der Rest der Harnröhre perlmutterglänzend aussah und von verminderter Elastizität zu sein schien. Der Rifs heilte nach Einführung eines nach folgender Formel zusammengesetzten Stäbchens:

Stypticin	0,04
Glycerin gutt. II	
Butyr. Cacao	2,0

Nach einiger Zeit trat der Rifs an einer anderen Stelle der Harnröhre auf und heilte auf dieselbe Art. Der Autor glaubt, dafs durch die überstandenen Blennorrhoen eine leichte Brechbarkeit oder Sprödigkeit der Schleimhaut entstand, welche diese Risse verursachte. *Gunsett-Strafsburg.*

Phimosis, Inkontinenz und Prostatismus, von A. Gruget. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 13.) Zusammenstellung der üblen Folgen, die eine Phimose haben kann.

Im besonderen weist Gr. darauf hin, daſs bei hochgradiger Phimose der aus der Urethra entleerte Harn sich zwischen der Harnröhrenmündung und der engen Präputialöffnung ansammele, das Präputium ballonförmig ausdehnen und dann tropfenweise abflieſsen kann. Bei einem 83jährigen Manne beobachtete Gr. auſser Trübung und ammoniakalischer Zersetzung des Harns und geringgradiger Prostatahypertrophie Ischuria paradoxa und Verdickung und Verhärtung des Präputiums. Der Mann hatte bis vor 20 Jahren keinerlei Harnbeschwerden gehabt, dann ist Erschwerung der Harnentleerungen und einige Zeit später Vermehrung der Miktionen besonders bei Tag aufgetreten, bis sich schlieſslich die Ischuria paradoxa einstellte; alle diese Erscheinungen sind durch die fibröse Verhärtung des verengten Präputiums hervorgerufen worden. Die Circumcision befreite den Mann von seinem Leiden, das in seinem ganzen Verlaufe und in seinen Erscheinungen durchaus der Prostatahypertrophie glich. Der Fall beweist, daſs bei Greisen mit Phimose und Prostatahypertrophie zuerst die Phimose operiert werden muſs, weil dadurch unter Umständen alle krankhaften Erscheinungen beseitigt werden. *Götz-München.*

Über einige technische Schwierigkeiten, welche der Verlagerungsmethode bei der Hypospadie und anderen Harnröhrenzuständen anhaften (Ausziehungsmethode), von Carl Beck-New York. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 102, Heft 4—6.) Technische Einzelheiten mit Abbildungen von Krankheitsfällen und Instrumenten; die Arbeit muſs im Original gelesen werden. *Schourp-Danzig.*

Hypospadie, kompliziert mit gleichzeitigem intraurethralem Schanker und Blennorrhoe und idiopathischem niederen spezifischen Gewicht des Urins, von H. Fred Lange Ziegel-New York. (*New York med. Journ.* 22. Jan. 1910.) Der lange Titel gibt schon die Hauptcharakteristika des Falles an, der einen 37jährigen Junggesellen betraf. Für das auffallend niedere spezifische Gewicht (1002—1004) des Urins, der keine anderweitigen Veränderungen aufwies, konnte keinerlei Ursache ermittelt werden. Erwähnt sei noch, daſs die Wassermannsche Reaktion negativ war, obwohl die klinischen und bakteriologischen Befunde keinen Zweifel lieſsen, daſs es sich um gleichzeitige Blennorrhoe und Syphilis handelte. Z. glaubt, daſs die anatomische Beschaffenheit des Meatus (Hypospadie) in diesem Falle eine besondere Disposition (Vulnerabilität) zu Harnröhreninfektion bedingte. *Stern-München.*

Über postappendicitischen Priapismus, von Felix Rosenthal-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Für das Zustandekommen dieser Erscheinung kommen folgende Möglichkeiten in Betracht:

1. Der postappendicitische Entzündungsherd bewirkt eine Kompression der Nervi erigentes, wodurch es auf reflektorischem Wege zur Erektion kommt.

2. Er bewirkt eine Hemmung des venösen Abflusses aus den Corpora cavernosa durch Kompression der abführenden Venae profundae penis.

3. Er bewirkt eine thrombotische Verlegung der Venae profundae penis, bzw. von hier aus eine fortgeleitete Thrombose der Corpora cavernosa.

Bei dem hier mitgeteilten Falle ergab die Punktion mit Sicherheit das Vorhandensein thrombotischer Prozesse in den Corpora cavernosa penis selbst. Im appendicitischen Entzündungsherd selbst und in der Punktionsflüssigkeit wurden Colibakterien nachgewiesen.

Die Möglichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen Appendicitis und Priapismus zwingt zu immer gröſserer Vorsicht gegenüber dem Begriff des idiopathischen Priapismus. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von Leiomyom des Penis, von S. Nicolau-Bukarest. (*Revista stiintzelor medicale.* Dezember 1909.) Der betreffende 84jährige Patient hatte vor zwei Jahren ein Ulcus des Penis gehabt und nach Heilung desselben hatte sich an derselben Stelle

reine Geschwulst entwickelt, welche unter langsamem Wachstume die Gröfse eine Bohne erreicht hatte. Der Sitz war im Sulcus balano-praeputialis und konnte bei der Untersuchung ein Zusammenhängen mit den Schwellkörpern festgestellt werden. Nach der Exstirpation konnte man feststellen, dafs dieselbe aus glatten Muskelfasern, die in Bündeln angeordnet waren, bestand. In den mittleren Teilen der Geschwulst waren gröfsere Hohlräume, die Blut enthielten und in den tieferen Schichten eben solche, die mit Endothel ausgekleidet waren und Fortsetzungen der Corpora cavernosa darstellten. Derartige Geschwülste sind selten und dürften von den glatten Muskelfasern, die sich zwischen den Corpora cavernosa des Gliedes befinden, ausgehen.

E. Toff-Braila.

Zur Kasuistik des Peniscarcinoms, von von Kuester-Charlottenburg. (*Allg. Med. Central-Ztg.* 1910. Nr. 10.) Bei einem 36jährigen Manne fand sich die Eichel als ein schmierig belegtes, leicht blutendes Geschwür; die Leistendrüsen waren hart, indolent, geschwollen. Die Diagnose Peniscarcinom wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Die Amputatio penis geschah dicht am vorderen Ansatz des Scrotum, da in den Corpora cavernosa penis Metastasen bestanden. *Schourp-Danzig.*

Experimentelle und literarische Studien über die Verbreitungsweise und -Wege der Urogenitaltuberkulose, von S. Sawamura-Bern. (*Dtsche. Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 103. Heft 3—6.) Aus der umfangreichen Arbeit mit ihrem erschöpfenden Literaturverzeichnis mögen an dieser Stelle nur die Schlufsfolgerungen des Verfassers Platz finden: Das Übergreifen der Blasen- bzw. Genitaltuberkulose auf die Nieren kommt nur in seltenen Fällen vor. Die intrakanalikuläre, aufsteigende Infektion der Tuberkulose von der Blase in die Niere ohne Hindernis des Harnstromes ist möglich, wenn bei der kontraktionsfähigen Blase ein relativ hoher Binnendruck herrscht und in irgend einer Weise — z. B. bei der Injektion einer Flüssigkeit in die Blase — eine antiperistaltische Bewegung des Ureters eintritt. Die aufsteigende Nierentuberkulose kann dadurch hervorgerufen werden, dafs die untere Partie des Ureters zuerst auf irgend eine Weise tuberkulös ergriffen wird, und dafs dann infolge der dadurch hervorgerufenen Striktur, Stagnation und Dilatation der Tuberkelbazillen in das betreffende Nierenbecken gelangen. Die auf dem lymphogenen Wege aufsteigende Nierentuberkulose ist theoretisch nicht zu leugnen. Aber sie wurde weder bei Menschen, noch bei Tierversuchen mit Sicherheit festgestellt.

Die an der Urethra liegende, zentrale Partie des Samenleiters kann von den im Harn befindlichen Tuberkelbazillen tuberkulös affiziert werden. Die Nebenhodentuberkulose kann von der Tuberkulose der Harnwege aus deszendierend auf dem intrakanalikulären Wege entstehen, wenn die Mündung bzw. das Lumen des Samenleiters durch Granulationsgewebe verstopft und Tuberkelbazillen mit der Stagnation des Sekretes und Exsudats in den Nebenhoden transportiert werden. Die absteigende Nebenhodentuberkulose ohne Beteiligung des Samenleiters ist bei den Versuchstieren des Verfassers nicht vorgekommen, wenn auch dies nach der Untersuchung von Oppenheim, Löw und Hansen für möglich zu halten ist. *Schourp-Danzig.*

Zur Behandlung der Geschlechtsschwäche und des Harnträufelns. Modifizierte epidural-sakrale Injektionen nach Cathelin, von Mentzikowski. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 236.) M. spritzt 20 ccm physiologischer Kochsalzlösung † 10 Tropfen einer Lösung von Strichn. nitr. 0,06 : 60,0 nach Cathelin ein und ist zur Überzeugung gelangt, dafs die epiduval-sakralen Injektionen sich bewähren: a) bei Sakralgien jeder Art, b) bei Impotenz infolge von Intoxikationen und Infektionen (Alkohol, Nikotin, Syphilis, rheumatische und infektiöse Krankheiten, c) bei physiologischer Geschlechtsschwäche, die auf Depression, Schwäche oder geringer Entwicklung der Erektionszentren beruht, d) bei Inkontinentia urinae. *Arthur Jordan-Moskau.*

Enuresis, von F. L. WACHENHEIM-New York. (*New York med. Journ.* 5. Febr. 1910.) W. erklärt, Enuresis sei ziemlich gleich häufig bei Knaben und Mädchen; aus anatomischen Gründen sollte sie sogar bei letzteren häufiger sein, die gegenteiligen Angaben der meisten Autoren seien wohl auf die gröfsere Verschwiegenheit (der Mädchen) zurückzuführen. Eine gewisse nervöse Disposition ist bei der Mehrzahl dieser Kinder vorhanden, häufig auch Zeichen von Rachitis, adenoide Wucherungen usw. Nephritis oder Diabetes können sicher auch Gelegenheitsursachen abgeben. W. möchte den Zustand als funktionelle Neurose bezeichnen und im engeren Sinne zu den Gewohnheitskrämpfen oder Anfällen rechnen. Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins sollte in jedem Falle vorgenommen werden, da viele Kinder mit der Diagnose „Bettnässen" gebracht werden, bei denen es sich in Wirklichkeit um Cystitis, Pyelocystitis oder Blasensteine handelt. Die Prognose der Enuresis wird allmählich immer ungünstiger, je älter das Kind wird, merkwürdigerweise hat der Eintritt der Pubertät aber stets günstigen Einflufs. Bezüglich der Therapie hält W. nicht viel von den modernen Antipyreticis, Bromsalzen, Chloral, Campher, Schilddrüsenextrakt usw., während Belladonna und dessen Alkaloid (Atropin) durch ihre antispasmodische Wirkung eher brauchbar sind. Für die wirksamste Behandlungsart hält W. die von BRISSAUD inaugurierte, gleichsam erzieherische, wobei der Patient strenge gehalten wird, das, was er unbewufst so häufig tat, nach Aufforderung zu wiederholen: das Kind wird veranlafst, in regelmäfsigen Zwischenräumen bei Tag zu urinieren, und wird nachts entsprechend oft geweckt, um der unwillkürlichen Harnentleerung durch eine willkürliche zuvorzukommen; es ist wichtig, dabei Tag für Tag die genaue Stunde einzuhalten. Nebenbei mufs in schwereren Fällen die Flüssigkeitsaufnahme vom späten Nachmittag ab auf ein Minimum reduziert werden. Gewünschten Falles kann noch Atropin, das einen gewissen Wert besitzt, aber nur in relativ hohen Dosen, als Medikament dazu gegeben werden. Wegen der Gefahr des Rückfalls mufs die „Erziehungskur" noch eine Zeit lang, wenigstens zwei Monate hindurch, fortgesetzt werden, nach dem die Inkontinenz aufgehört hat (das nächtliche Aufwecken genügt einen Monat hindurch). Jedenfalls erfordert diese Behandlung viel Geduld und Ausdauer von Seite aller beteiligten Personen; solch vereinigten Bemühungen werden aber, wie W. versichert, wenige Fälle widerstehen können.

Stern-München.

Diagnose und Behandlung der Striktur in der Harnröhre des Mannes, von T. L. DEAVOR-Syracuse. (*New York med. Journ.* 5. Febr. 1910.) Ohne wesentlich Neues zu bringen ist die Abhandlung D.s für den Praktiker recht lesenswert. Ist die Striktur für Katheter undurchgängig und des Patienten Befinden ein ziemlich gutes, so sollte das MAISSONNEUVEsche Urethrotom vor der äufseren Urethrotomie den Vorzug verdienen, aufser, wenn Komplikationen, wie vorgeschrittene Cystitis oder Nephritis vorhanden sind. Vor Anwendung des Metallkatheters möchte D. andere Mittel wie Morphin (ohne Atropin), heifses Bad oder Instillation von Cocain mit Adrenalin angewendet wissen, in den meisten Fällen (nach D.s Erfahrung in 99 von 100) wird nach suprapubischer Aspiration die Überwindung der Striktur mittels einfacher Dilatation besser gelingen. Ganz schmale Strikturen sind oft allmählicher Dilatation zugängig, wenn aber häufiges Urinieren, Harnträufeln und allgemeine Reizbarkeit des Patienten nicht nachlassen, dann sollte die Striktur mit dem Messer geteilt werden. Die Frage, ob bei Gegenwart einer akuten Urethritis eine Striktur operiert werden soll, möchte D. nicht für alle Fälle negativ beantworten, da mit vorgenommener Operation und entsprechender Nachbehandlung (Dilatation) zuweilen auch eine immer wieder rezidivirende Urethritis rasch zur Heilung kommt. Von der Geduld des Patienten hängt schliefslich bei der Strikturbehandlung sehr viel ab, da die Sonde

nach der Urethrotomie vier Wochen hindurch täglich, dann acht Wochen lang jeden zweiten Tag und darauf noch drei Jahre hindurch in entsprechenden Zwischenräumen von Wochen und Monaten anzuwenden ist. *Stern-München.*

Dehnung der Striktur der Harnröhre beim Manne, von Victor Cox Pedersen-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 1.) Empfehlung von Spülsonden. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zum Studium der Divertikelsteine der Urethra, von Aldo Reggianini-Modena. (*Riforma med.* 1910. Nr. 10.) Ein 20jähriger Mann litt seit seinem dritten Lebensjahre an einem Tumor der Urethra. Derselbe safs an der Unterseite des Penis und wies drei Fistelöffnungen auf, aus denen sich Urin bei der Miktion entleerte. Die Fistelöffnungen lagen direkt auf dem sich steinhart anfühlenden, etwas beweglichen Tumor und zwar 3 cm vom Meatus entfernt. Es war möglich, mit einer Metallsonde von der Urethra aus in eine Divertikelöffnung zu gelangen, in welcher der Stein safs. Derselbe wurde durch Operation entfernt und enthielt einen Uratkern mit einer Phosphatschale. Der Verfasser gibt im Anschlufs an den Fall eine eingehende Besprechung der auf den Fall bezüglichen Literatur. *Gunsett-Strafsburg.*

Katheter und Bougies, die in der Harnröhre des Mannes zurückgeblieben sind, von Leguen. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 15) Beschreibung der verschiedenen Untersuchungen und Eingriffe zur Feststellung des Sitzes und zur Entfernung von abgebrochenen, in der Harnröhre des Mannes zurückgebliebenen Katheter- und Bougiestücken. Die Abhandlung ist einem demnächst erscheinenden Werke L.s „Traité chirurgical d'urologie" entnommen. *Götz-München.*

Der aseptische Katheterismus und Selbstkatheterismus, von Grosse-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11.) Verfasser hat einen einfachen, leicht zu handhabenden und, wie anzunehmen ist, wirksamen Apparat zum Sterilisieren der Katheter und des Gleitmittels (Paraffinum liquidum) in strömendem Dampfe konstruiert, mit dem in etwa zehn Minuten sich völlige Keimfreiheit erzielen läfst. Nach dem Sterilisieren können die Instrumente in dem Apparat verbleiben, ohne dafs eine nachträgliche Infektion zu befürchten ist, und können somit auch bequem transportiert werden. Die Handhabung ist auch für den Laien leicht zu erlernen. Der Apparat wird in zwei Gröfsen, für 12 resp. für 25 Katheter, von der Firma G. Stiefenhofer München, Karlsplatz, hergestellt. Sicherlich wird derselbe vielen Spezialkollegen wie auch allgemein praktischen Ärzten sehr willkommen sein.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein sterilisierbarer Katheterhalter, von Emil Schweinburg-Brünn. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 13.) Das Instrument besteht aus zwei mittels Scharnieren und einer Spiralfeder verbundenen Metallblättern, die den Katheter bei der Einführung zwischen sich fassen; es soll dazu dienen, die Berührung des Katheters mit den Fingern zu vermeiden. *W. Lehmann-Stettin.*

Blasengeschwülste, von O. Zuckerkandl-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8 u. 9.) Referat, erstattet auf dem zweiten Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Berlin 1909. *Schourp-Danzig.*

Blasenstein bei einem Knaben, Mittel, den Spontanaustritt zu erleichtern, von Li Virghi. (*Giornale internaz. delle Scienz. med.* Bd. XXXII, Heft 3.) Bei einem dreijährigen Knaben gelang es, einen Blasenstein nach einer Behandlung von 42 Tagen, die in Erweiterung der Harnröhre mit weichen Sonden bis 14 Ch. und Einspritzung von Sublimat $^{1}/_{6000}$ in die Blase, zweimal wöchentlich, bestand, zum Spontanaustritt zu bringen. *Haas-Hamburg.*

Blasenstein, vom Gewebe eingeschlossen, von A. A. Bondwant-Kairo. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 2.) Bei einer Frau fand sich ein Blasenstein von 23 g

Schwere, der vollständig vom Gewebe eingeschlossen war und mit einem **kurzen** Stiele an der Blasenwand festsaſs. *Schourp-Danzig.*

Myxome des Scrotums, von Silvestre. (*Giornale internaz. delle Scienz. med.* Bd. XXXII, Heft 5.) **Es handelt sich um einen Fall myxomatöser Degeneration des Scrotums, der mit gutem Erfolge operiert wurde. Dieselbe war aufgetreten im Anschluſs an eine Elephantiasis, deren wahrscheinliche Ursache in einer Malariaerkrankung zu** suchen war. *Haas-Hamburg.*

Verschiedenes.

Personalia. Am Dienstag, 15. November, früh starb unerwartet der bekannte Dermatologe, Prof. Dr. G. Profeta in Florenz, Direktor der Hautklinik in Genua.

Die Redaktion des im Verlage von Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig, erscheinenden **Archivs für Dermatologie und Syphilis** ist mit Band 106 nach dem Ableben des langjährigen Herausgebers und Mitbegründers, F. J. Pick in Prag, von den Herren A. Neisser in Breslau und Walther Pick in Wien übernommen worden.

Die Systematisierung der Hautläsionen bei den Nerven- und Geisteskrankheiten, von F. Rose-Paris. XX. Kongreſs französischer Neurologen, Brüssel und Lüttich, 1. bis 7. August 1910. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 92.) Der Verfasser vertritt die Ansicht, daſs die sogenannte spinale Segmentation nichts mit den Sensibilitätsstörungen an der Haut zu tun hat. Er fand weder bei Schweiſssekretions- noch bei Haarwachstumstörungen, noch bei vasomotorischen Erscheinungen (auſser dem Herpes zoster) eine rein radikuläre Anordnung. Für vasomotorische und sudorale Störungen scheinen Zentren in beschränkter Anzahl zu existieren, welche auf weite Hautgebiete wirken. Sind diese Zentren ergriffen, so hat man Störungen der Schweiſssekretion in diesen Gebieten. Sitzt die Medullarläsion aber unterhalb dieser Zentren und zieht sie die sudoralen Fasern in Mitleidenschaft, so betrifft die Störung in der Schweiſssekretion die ganze entsprechende Körperseite bei Cervikalläsionen, bei tiefer im Rückenmark liegenden Veränderungen kommen die entsprechend tiefer liegenden Körperpartien in Betracht. Für die vasomotorischen Störungen sind die Verhältnisse noch weniger klar. Was die trophischen Störungen anbetrifft, so lehrt das Studium ihrer Lokalisation erst recht nichts. Denn bei dem einen bedingt eine Modifikation der Zellernährung zusammen mit einer äuſseren Ursache die Lokalisation (Mal perforant), bei anderen spielen oft sekundäre Erkrankungen der Arterien die Hauptrolle. Für den Herpes zoster steht fest, daſs Neuritis als Medullarläsionen ihn erzeugen können. Aber selbst wenn die Verteilung der Elemente radikulär ist, so zeigen doch aberrierende Vesikel, welche auf angrenzenden Hautnervengebieten sitzen, die von Ganglien innerviert werden, die weit von den lädierten liegen, die peripheren Läsionen an.

Bei den Naevi unterscheidet Rose die Naevi vasculares en nappe, welche er einer Störung der embryonalen Entwicklung zuschreibt. Für diese ist die nervöse Lokalisation illusorisch, denn die fast immer an der Peripherie vorhandenen Streifen sprechen für einen vaskulären Ursprung. Auch für die Naevi verrucosi, pilosi und pigmentosi en plaques gibt er die Abhängigkeit vom Nervenverlauf, Voigtschen Linien usw. nicht zu. Die S-Form mancher am Thorax lokalisierten Naevi läſst sich jedenfalls nicht auf diese Weise erklären. Nur die Purpura, für welche eine Teilnahme

des Nervensystems experimentell festgestellt wurde, kann zufällig eine radikuläre Verteilung der Elemente zeigen. Jedenfalls steht weder für Purpura noch für Zoster etwas Sicheres fest. *Gunsett-Straßburg.*

Arzneiexanthem und Überempfindlichkeit, von E. Klausner-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Zu diesem interessanten Kapitel teilt K. folgende an Meerschweinchen ausgeführte Experimente mit: von einem gegen Jod außerordentlich empfindlichen Menschen wurde Blut entnommen, und 5 ccm des frischen Serums wurde einem von drei gleich schweren Tieren subcutan injiciert; das zweite Meerschweinchen erhielt 5 ccm Serum von einem normalen Menschen, und das dritte diente zur Kontrolle. Nach Verlauf von 48 Stunden erhielten alle drei Tiere eine intraperitoneale Injektion von 0,5 Jodkalium in Lösung, also eine letal wirkende Dosis. Während aber bei dem mit dem Serum des mit der Jodidiosynkrasie behafteten Patienten behandelten Meerschweinchen die tödliche Wirkung des Jodkaliums sofort in die Erscheinung trat, blieben die anderen beiden Tiere wenigstens noch mehrere Stunden am Leben. Beim Wiederholen des Versuchs wurde das gleiche Verhalten konstatiert. Die von Bruck auf diese Erscheinung angewandte Bezeichnung Anaphylaxie findet K. nicht ganz am Platze. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Wassermannsche Reaktion und der praktische Arzt, von F. Plaut-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 16.) In Nr. 10 der *Münch. med. Wochenschr.* veröffentlichte von Dungern eine von ihm angegebene Vereinfachung dieser Methode, wodurch es auch dem allgemeine Praxis treibenden Arzte ermöglicht werden soll, die Reaktion leicht und schnell auszuführen. Die nötigen Hilfsmittel, Antigen, Komplement und Antimenschenserum von Kaninchen sollen von der chemischen Fabrik geliefert werden. P. weist nach, daß eine in dieser Weise ausgeführte Reaktion leicht zu den schwersten Irrtümern führen wird. Gerade durch die leichte Ausführbarkeit der Methode ist aber zu befürchten, daß sie häufig ausgeführt werden dürfte, und dann in zahllosen Fällen zu den unheilvollsten Täuschungen Anlaß geben wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

„**606**!" hört man es schallen im Wartezimmer, im Sprechzimmer, am Biertisch, bei Gesellschaften, an der Börse! Fast wöchentlich bringen die Tageszeitungen eine mehr oder weniger interessante Mitteilung über 606.

Ist es wirklich nicht zu umgehen, daß jede kleine Mitteilung über das Ehrlichsche Präparat, mag sie nun in einer medizinischen Gesellschaft oder in einer medizinischen Zeitschrift gemacht werden, in die Tagespresse gelangt? Dies hat eine so unsympathische Reklame für das neue Mittel gezeitigt, daß damit das Gegenteil von dem erreicht wird, was man will und was das Präparat zu verdienen scheint.

Den Ärzten, ohne die das Präparat nun einmal nicht für die Allgemeinheit nutzbar gemacht werden kann, ist es nicht zu verdenken, wenn sie sich vorläufig dem Wundermittel gegenüber, welches sie hauptsächlich nur aus der Tagespresse kennen, skeptisch verhalten.

Sie können mit Ausnahme der wenigen Erwählten, denen das Präparat zugänglich ist, dem Ansturm des Publikums nur resigniert und mit gebundenen Händen gegenüberstehen. Sie müssen es über sich ergehen lassen, daß ihre Patienten gegen das durch glänzende Erfolge altbewährte Quecksilber revoltieren, nachdem sie sich mit vieler Mühe zur Behandlung mit diesem „Gift" hatten überreden lassen; sie erleben nun das eigenartige Schauspiel, wie dieselben Patienten nach einem noch nicht genügend erprobten und wegen seiner unangenehmen Nebenwirkungen für die Praxis noch nicht in Frage kommenden neuen „Gift" geradezu lechzen. Die Ärzte handeln auch durchaus ehrlich und gewissenhaft, wenn sie das Publikum, das bis in die kleinsten Einzelheiten über 606 durch die Tagespresse orientiert ist, über die Be-

denken, die an maſsgebender Stelle selbst vorhanden sind und dort die Herausgabe des neuen Mittels an die Ärzteschaft verbieten, nicht im Unklaren lassen.

Im übrigen werden diese Bedenken, die natürlich auch durch die ganze Tagespresse gehen, schon jetzt sehr mit Behagen von unseren Freunden, den Naturheilkünstlern, mit und ohne Approbation zu ihren Gunsten verwertet. Was sich in der Hetze gegen das Hg als „Gift" predigen läſst, läſst sich natürlich noch viel besser gegen ein Arsenpräparat verwenden.

Wenn also die Einführung des EHRLICHschen Präparates als wirklich segenbringendes Heilmittel nicht ernstlich in Frage gestellt werden soll, so muſs meines Erachtens, bis das Präparat genügend erprobt und allen Ärzten zugänglich gemacht ist, unbedingt die Parole befolgt werden: möglichst wenig publizieren unter gänzlicher Ausschaltung der Tagespresse. In dieser Richtung lieſse sich von Frankfurt aus leicht ein entsprechender Druck ausüben. SCHROEDER-Gleiwitz, Spezialarzt für Harn-, Blasen- und Hautkrankheiten. (*Ärztl. Vereinsbl.* Nr. 785. 25. Okt. 1910.)

Weitere Mitteilungen über die praktische Verwendung des Kochsalzes in der Behandlung der Epilepsie, von A. ULRICH - Zürich. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 22.) Neben anderen, den Dermatologen nicht interessierenden Beobachtungen, schildert U. einige Fälle von Bromdermatosen, (Akne, Ekzem, Ulcerationen), welche unter innerlicher Darreichung von Kochsalz in Dosen von 20 g den Tag prompt zur Heilung gelangten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Tuberkulöse und Syphilitiker als Badegäste, von KLOSE-Altheide. (*Med. Blätter.* 1910. Nr. 32.) Die Kurorte sollen es sich nach Wunsch des Verfassers zur Pflicht machen, abgegrenzte Indikationen zu haben. Jeder Kurort, der für die Behandlung tuberkulöser und syphilitischer Patienten nicht geeignet ist, soll in seinen Prospekt darauf aufmerksam machen; andererseits sollen diejenigen Kurorte und Heilanstalten, welche sich ausschlieſslich oder zum Teil mit diesen Krankheiten beschäftigen, sich nicht scheuen, dies in ihren Veröffentlichungen klar zum Ausdruck zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Die Bedeutung der Mund- und Zahnpflege im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten, von H. HALÁSZ-MISKOLA. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 38. Systematische Mundpflege kann die Möglichkeit der Infektionen vermindern. In einer Kohlenbergwerkkolonie wurden vor einem Jahrzehnte bei den Schulkindern die Mund- und Rachenspülungen als obligat erklärt. Seither haben die Infektionskrankheiten abgenommen. Auch die Eltern nahmen diese Spülungen vor, was für die Kolonie vom sanitären Standpunkte von groſsem Nutzen und Bedeutung war. Im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten müſste die Mundpflege der Schulkinder durch Errichtung von Zahnkliniken in den Schulen gefördert werden. Kindern mit reingehaltenem Munde und gepflegten Zähnen neigen nicht zu Infektionskrankheiten. Durch die Förderung der Mundpflege träte eine starke Verminderung der Zahnfäule ein und dies würde die Genesung der blutarmen und nervösen Kindern günstig beeinflussen. Das Instandhalten der Zähne gehört zur Verbesserung der Ernährung der Tuberkulösen. *Porosz-Budapest.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 51. No. 12. 15. Dezember 1910.

Einige Indikationen für Arsenobenzol.[1]

Von

P. G. Unna.

Mein Material von etwa 40 Fällen nach Ehrlich behandelter Syphilitischer ist viel zu gering, um statistisch verwertet zu werden, aber wohl geeignet, einen kleinen Beitrag zur Indikationsstellung von Arsenobenzol zu liefern.

Nur die eine allgemeine Bemerkung möchte ich vorausschicken, dafs ich in allen meinen Fällen günstige Erfahrungen gemacht habe. Das liegt einerseits wohl daran, dafs ich in der Lage war, das mir geeignet erscheinende Material nach den bereits vorliegenden Erfahrungen auszusuchen, andererseits aber gewifs auch daran, dafs ich mich nicht der Illusion hingab, dieses theoretisch im höchsten Grade interessante Mittel müsse nun in der Praxis auch genau die Wege einschlagen, die sein genialer Entdecker vorgesehen.

Die Idee der Sterilisatio magna ist ein königlicher Gedanke, eines Ehrlichs würdig; sie wird als ein Ideal unserer Kunst nie wieder vom medizinischen Schauplatz verschwinden. Aber ein anderes ist die Idee, die wir uns von den Dingen machen, ein anderes die Sache selbst, die bekanntlich in der Praxis ihre eigenen Wege geht. Gut fährt der, welcher mit ruhigem Blute diese Wege verfolgt und danach seine Ideen einer beständigen Korrektur unterzieht; unglücklich der Arzt, welcher die komplizierten Verhältnisse der Praxis beharrlich von einem Gesichtspunkte aus meistern will; er scheitert über kurz oder lang. und verwirft dann vorschnell mit seiner unpraktischen Anwendung die ganze gute Idee.

Ich kann diese Bemerkung nicht unterdrücken, da ich aus Gesprächen mit jüngeren Kollegen letzthin den Eindruck einer gewissen Enttäuschung über das Arsenobenzol empfing. Es sind eben wohl nur jüngere Kollegen, welche die Einführung des Tuberkulins persönlich nicht mit durchgemacht

[1] Bemerkungen gelegentlich der Diskussion über „606“ im Ärztlichen Verein zu Hamburg am 22. November 1910.

haben, welche heute so mutlos sind. Die älteren Kollegen, denke ich, werden die damaligen Erfahrungen nicht so ganz und gar vergessen haben, daſs sie Lust hätten, sie mit Arsenobenzol noch einmal zu erleben. Es wäre höchst bedauerlich, wenn dieses wunderbare Mittel ein ähnliches Schicksal unbesonnener Verdammung und schlieſslicher Wiedereinführung träfe wie das Tuberkulin.

Ich möchte daher die schwierigen und heute noch durchaus nicht spruchreifen Fragen der Dauerheilung und Rezidive, der Arsenobenzolvergiftung und Arsenobenzolfestigkeit, des Einflusses auf Spirochäten und WASSERMANN ganz auf sich beruhen lassen; das alles sind curae posteriores. Diese können die Tagesordnung einer Sitzung nach drei bis vier Jahren bilden: denn wer von uns könnte vor einem solchen Zeitraum das Schicksal seiner syphilitischen Patienten wirklich übersehen und wer vermag zu sagen, welche Wandlungen der Technik die Anwendung des Arsenobenzols bis dahin noch erleben wird?

Inzwischen müssen wir alle zur endlichen Lösung dieser Frage Baustein um Baustein herbeitragen. Wir müssen empirisch — wie bei jedem anderen neuen Mittel — von Erfahrung zu Erfahrung fortschreitend uns unseren eigenen Weg bahnen. Nur in diesem Sinne möchte ich es verstanden wissen, also nicht als bindende Norm, sondern nur als Fingerzeig für die Zukunft, wenn ich heute bereits vier Kategorien syphilitischer Erkrankungen aus der Unmasse derselben hervorhebe, in denen mir die Injektion von Arsenobenzol besonders befriedigende, bisweilen glänzende Resultate ergeben hat. Voran stelle ich

1. Mund- und Rachenaffektionen jeder Art und anschlieſsend daran Schleimhauterkrankungen der Nase. Wer sich überhaupt erst einmal von der überraschend günstigen Wirkung des Mittels überzeugen will, dem möchte ich raten, zuerst schwere oder besonders refraktäre Fälle dieser Art mit Arsenobenzol zu behandeln. Schmerzen und Schluckbeschwerden lassen schon nach einigen Stunden nach. In wenigen Tagen reinigen sich die Schleimhäute von Belegen und Krusten; der Foetor verschwindet; früher hartnäckige Ulcerationen heilen anstandslos ohne örtliche Maſsnahmen — und zwar gilt dieses für die leichtesten sekundären Affektionen ebenso gut wie für schwere gummöse Infiltrationen. Hier hätten wir also zunächst eine regionäre Prädilektion des Arsenobenzols, durch die es sich ganz besonders den Stomatologen und Rhinologen empfiehlt.

Von dahin gehörigen Fällen will ich nur zwei besonders hervorheben:

a) Ein junger Mann, dessen Zungen- und Wangenschleimhaut seit vier Monaten mit konfluierenden, kondylomartig gewucherten Papeln (Moulage) von groſser Hartnäckigkeit bedeckt waren. Das gesamte Epithel dieser Stellen bildete eine höckerige, opaline, bläulichweiſse Fläche. Nach vier Stunden begann erst subjektiv, dann ob-

jektiv die Besserung. Nach zwei Tagen hatte sich die Zunge nicht bloſs gereinigt, sondern nahezu eine normale Beschaffenheit angenommen.

b) Ein Herr mit Rhinitis syphilitica und äuſserst hartnäckigen Geschwüren der Nase, den ich Kollege ZARNIKO verdanke. Die Geschwüre heilten und die Ozaena verschwand in wenigen Tagen.

2. Eine zweite Kategorie bilden die weichen und feuchten Hautsyphilide der Sekundär- und Tertiärperiode, die zu Zerfall der Cutis Anlaſs geben; von den sekundären also das pustulöse Syphilid und die Rupia, von den tertiären das ulceroserpiginöse Syphilid und das Gumma. Weniger gut und viel langsamer reagieren die trockenen papulösen und tuberösen Formen. Diese zweite Kategorie beruht mithin auf einer geweblichen Prädilektion des Arsenobenzols.

Auch hier will ich nur zwei Fälle anführen:

a) Ein seit zwei Jahren bestehendes Gumma der Stirn bei einem schwächlichen, sehr dekrepiden Neurastheniker von 30 Jahren, den ich mit Kollege RUMPEL zu beobachten Gelegenheit hatte. Das Gumma verschwand zusehends in wenigen Tagen nach der Injektion mit Hinterlassung der gewöhnlichen Dellenbildung.

b) Auf der Basis eines serpiginösen Syphilids beider Fuſssohlen aufgetretene Gruppen sehr schmerzhafter, tiefer Ulcera bei einem jungen Manne von 27 Jahren. Dieselben trockneten sofort nach der Injektion ab und heilten im Laufe von zwei Wochen.

3. Als eine dritte Kategorie, die sich besonders für Arsenobenzol eignet, möchte ich die galoppierende Syphilis hinstellen, besonders nach einem Falle, den ich einem meiner Schüler verdanke. Es handelte sich um ein sehr frühzeitiges Auftreten multipler schwerer Syphilide, um gummöse Geschwüre der Lippe und des Gaumens, die in der überraschend kurzen Zeit von drei bis acht Tagen abheilten. Mit „galoppierender Syphilis" bezeichnen wir bekanntlich die fieberhafte, schwere und unter Umständen maligne Form, bei welcher sich in akuter Weise die Exantheme überstürzen und Schlag auf Schlag Rezidive folgen, so daſs man im ersten Jahre mit Überspringung der sekundären Symptome bereits Gummen und schweren Zerstörungen gegenübersteht. Diese Form, heute selten, war um das Jahr 1500 sehr gewöhnlich. Bei ihr wirken unsere sonstigen Mittel meistens wenig und stets zu langsam. Es ist ein groſser Fortschritt, daſs uns jetzt im Arsenobenzol ein so schnellwirkendes, mit der galoppierenden Syphilis Schritt haltendes Mittel gegeben ist.

Bei dieser Kategorie spielt also die ganz besondere Akuität der Syphilisform eine Rolle, mit welcher nur die Schnellwirkung des Arsenobenzols es mühelos aufzunehmen vermag.

4. Zu einer vierten Gruppe möchte ich gewisse vielgestaltige und unbestimmte Nervensymptome vereinigen, von welchen viele Syphilitiker gerade dann befallen werden, wenn sie mit bestem Erfolge wegen greifbarerer Symptome an Haut und Schleimhäuten mit Quecksilber und Jod behandelt waren. Es handelt sich also um Nervensymptome der

sog. Remissionszeiten. Solche Symptome sind: Kopfweh und vagierende Schmerzen unbestimmter Natur an den verschiedensten Körperteilen, Schwindelgefühle bei Tage und schreckhafte Träume nachts, Ohrensausen und Schwerhörigkeit, Muskelschwäche und Tremor der Hände, Impotenz und leichte psychische Alterationen. Man ist nicht geneigt, wegen solcher an und für sich geringfügiger und unbestimmter Klagen gleich wieder zu Quecksilber und Jod zu greifen, besonders da man weifs, dafs dieselben hierbei nicht viel nützen, und rät meistens den Gebrauch von Bromkalium, Morphium oder Luftveränderung an. Gerade in solchen Fällen war nun das Resultat der Arsenobenzolinjektion im höchsten Grade überraschend und befriedigend, so überraschend, dafs man zuerst an eine blofs suggestive Wirkung „des Zaubermittels" denken mufste. Aber die genauere Beobachtung lehrte doch in mehreren Fällen, dafs man es hier mit einer reellen, antisyphilitischen Wirkung zu tun hatte.

Ich will nur einen Fall dieser Art anführen. Ein Musiker litt in der Remissionszeit nach einer ausgiebigen und erfolgreichen Quecksilberbehandlung an vermehrtem, aber nicht spezifischem Haarausfall, an dauernder Benommenheit des Kopfes, mangelnder Konzentrationskraft, Gedächtnisschwäche, Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Nach der Injektion verschwanden sämtliche Symptome, auch der Haarausfall in ganz kurzer Zeit; nur die Schwerhörigkeit, die dem Patienten in seinem Beruf gerade am störendsten war, besserte sich zu seinem Leidwesen nur wenig. Ich nahm für diese Schwerhörigkeit daher eine organische Ursache, dagegen leichte nervöse Veränderungen für die übrigen Symptome und demgemäfs nur eine suggestive Wirkung für die auffallende Besserung an, war aber nicht wenig erstaunt, in den folgenden fünf Wochen ein allerdings langsames, aber vollständiges Schwinden auch der Schwerhörigkeit und unter Hebung des Allgemeinbefindens eine totale restitutio ad integrum zu beobachten.

Es lag also wahrscheinlich in diesem Falle auch bei dem raschen Schwund der übrigen Symptome so wenig eine blofse Suggestion vor wie bei der langsamen Heilung der Schwerhörigkeit; alle Symptome hingen wohl von einer verbreiteten, wenn auch nur leichten syphilitischen Gefäfserkrankung ab, die unter Arsenobenzol teils rasch, teils langsam zurückging.

Diese vier Kategorien haben alle das Gemeinsame, dafs sie sich für die Quecksilberbehandlung nicht besonders gut eignen, ja, dafs Quecksilber bei ihnen zuweilen völlig versagt. Es geht hieraus hervor, was für die Bewertung des Arsenobenzols besonders wichtig ist, dafs beide Mittel die Syphilis von verschiedenen Seiten oder wenigstens in verschiedener Weise angreifen und sich daher überhaupt nicht ausschliefsen, sondern in vorzüglicher Weise ergänzen. Es darf daher nicht heifsen: Quecksilber oder Arsenobenzol, sondern Quecksilber und Arsenobenzol, jedes an seinem richtigen Orte. Quecksilber setzt bei längerem Gebrauche einen Gewichtsverlust, eine Depression des Allgemeinbefindens und Nervensystems; Arsenobenzol hebt das Allgemeinbefinden, mehrt das Gewicht und beseitigt die nervöse und psychische Depression.

Arsenobenzol hat also nicht nur die selbstverständlichen, allgemeinen zwei Indikationen, als Aushilfe zu dienen, wo Personen gegen Quecksilber refraktär sind oder eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber besitzen, sondern es ist auch drittens überall dort indiziert, wo Quecksilber einen Teil der Syphiliserscheinungen beseitigt hat unter Depression des Allgemeinbefindens und Nervensystems, um unter Hebung derselben die Syphilisreste zu beseitigen.

Als vierte ganz allgemeine Indikation schliefsen sich dann noch die Fälle an, wo die Wirkung des Quecksilbers zu spät kommen würde, die Schnellwirkung des Arsenobenzols aber noch Erfolg verspricht: bei Gefahr fürs Leben und für lebenswichtige Organe.

Dieses sind die vier speziellen und vier allgemeinen Indikationen des Arsenobenzols bei Syphilis, die man nach meiner Ansicht heute schon mit ziemlicher Sicherheit aufstellen kann.

Ich will diese kurzen Bemerkungen nicht in ein Loblied von Ehrlich ausklingen lassen, denn dieser grofse Forscher bedarf eines solchen nicht. Ich möchte aber doch zum Schlufs darauf hinweisen, welchen Aufschwung die Syphilidologie genommen hat, seitdem sie aus den Arbeitsräumen der Klinik in die der Laboratorien überging, aus den Händen der Kliniker in die von Schaudinn, Wassermann und Ehrlich; es sind die Forscher, welche unsere Praxis gehoben haben.

Über die Syphilisbehandlung mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Arsenpräparat „606“.

Von

Prof. Dr. V. Zarubin-Charkow.

Wenn auch die Syphilidologen bereits über Präparate verfügen, die bei Syphilis nicht nur vorzügliche Resultate ergeben, sondern dieselbe in der Mehrzahl der Fälle sogar radikal zu heilen vermögen, wurde die neue Entdeckung Ehrlichs mit Enthusiasmus aufgenommen. Dies ist darauf zurückzuführen, dafs die gegenwärtigen Mittel nichts weiter sind als eine Empirie, die bis auf den heutigen Tag trotz der Ergebnisse der experimentellen Tierimpfungen und trotz der Resultate der Serodiagnostik mit groben Vorurteilen und seit Jahrhunderten eingewurzelten Ansichten gefüllt ist. Die berühmte Reform Ehrlichs in der Behandlung der Syphilis ist eine systematisch erforschte Therapie, vom grofsen Experimentalforscher nach langwierigen Arbeiten auf dem Gebiete der experimentellen Chemo-

therapie, auf dem Gebiete der Erforschung der Arsenozeptoren der Trypanosomen und der Spirillen, der parasitotropischen Fähigkeit der organischen Arsenpräparate im Gegensatz zur organotropischen geschaffen.

Unter den zahlreichen selbständigen ideellen Förderern der Syphilidologie nimmt Ehrlich zweifellos eine hervorragende Stelle ein. Seine Untersuchungen sind keine medizinische Philosophie, vielmehr sind sie nicht nur wegen ihrer strengen Wissenschaftlichkeit beachtenswert, sondern auch wegen ihrer geistreichen Ausführung, indem Ehrlich bei diesen Untersuchungen gleichzeitig als Biologe und Chemiker erscheint. Er hat einen wissenschaftlichen Weg zur Erforschung eines sehr wichtigen Abschnittes der Medizin gebahnt und den Ärzten zum Verständnis der Wesenheit vieler Prozesse wissenschaftliche Hilfsmittel an die Hand gegeben, die vor ihm der medizinischen Welt absolut unbekannt gewesen sind. Jeder Arzt wird sich über die Entdeckung von Ehrlich und seiner Schule um so mehr verwundern, als doch erst in unseren Tagen von der Syphilis der geheimnisvolle ätiologische Vorhang gelüftet wurde, der so viele Jahrhunderte eine wirklich unlösbare Frage bildete.

Schon die Mittel „418“ (Arsenophenylglyzin) und „592“ (Dioxydiamidoarsenobenzol) wirkten auf Tiere tadellos, waren aber toxisch. In bezug auf das Arsenobenzol (Dichlorhydrodioxydiamidoarsenobenzol) ist bekannt, dafs z. B. bei Kaninchen mit Primäraffekt, in dem es von Schaudinnschen Spirochäten wimmelte, einige Stunden nach der Injektion die Mikroorganismen verschwanden (Nichols, Grouven, Margulies) und blieben es bis drei Wochen nach der Injektion (Tomasczewski). Vergleichsweise hatte Tomasczewski bei Kaninchen Sublimat injiziert. Auch bei dieser Art der Behandlung verschwanden die Spirochäten sehr rasch, aber schon nach vier Tagen konnte man wieder massenhaft Spirochäten nachweisen. In die Sprache der Theorie der Ehrlichschen Seitenketten übertragen würde man sagen können, dafs die Spirochäten in diesem Falle Rezeptoren für Arsenpräparate besitzen.

Indem wir direkt in medias res treten, müssen wir genaue Antwort auf folgende vier Fragen erhalten:

1. Ist das Arsenobenzol ein spezifisches Mittel gegen Syphilis?

Auf diese Frage mufs man eine positive Antwort geben. Diese wird, von den therapeutischen Reultaten abgesehen, erstens durch das häufige Auftreten der sogenannten Jarisch-Herxheimerschen „lokalen Reaktion“ bewiesen, nämlich durch das stärkere Hervortreten der makulösen, papulösen, pustulösen und tuberkulösen Exantheme, das sich nach der Injektion des Arsenobenzols bemerkbar macht und auch bei der Anwendung von Quecksilber beobachtet wird. Bis auf den heutigen Tag ist die Ursache dieser klinischen Erscheinung nicht genau bekannt. Man kann annehmen,

daſs 1. in diesem Falle eine Abtötung der Spirochäten und Freiwerden der Endotoxine stattfindet, oder daſs 2. hier eine Stimulation der Spirochäten (Anregung zu stärkerer Ausscheidung von Toxinen) stattfindet. Nach Kulnew und Domernikowa übt das Arsenobenzol einen Einfluſs auf das vasomotorische Nervensystem aus, was sich in einzelnen Fällen lokal in der Erweiterung der Gefäſse in der Umgebung der pathologisch veränderten Hautpartien kundgibt. Diese Annahme wird eventuell durch eine ganze Reihe verschiedener Erytheme gestützt, die unmittelbar nach der Injektion von „606“ aufgetreten sind. Für die spezifische Wirkung des Arsenobenzols spricht ferner sein mächtiger Einfluſs auf die Syphilisspirillen, die bei Menschen schon nach 20 Stunden verschwinden (Ehrmann), was bei der Anwendung von Quecksilber nicht beobachtet wird. Desgleichen spricht dafür bisweilen auch die Wassermannsche Reaktion.

2. Übertrifft das Hata-Präparat sämtliche bis jetzt bekannten Mittel?

Es übertrifft sie zweifellos durch die verblüffende Schnelligkeit seiner Wirkung. So verschwindet die Roseola bisweilen schon nach 24 Stunden; die Schmerzen beim Schlucken in Fällen von gummösen Rachengeschwüren gehen bisweilen schon sechs Stunden nach der Injektion von „606“ zurück. Die heftigsten Kopf- und Knochenschmerzen, die jahrelang angehalten haben, verschwinden bisweilen schon an demselben Tage. In der Mehrzahl der Fälle bessert sich der Allgemeinzustand und der Patient nimmt an Körpergewicht zu. Arsenobenzol Ehrlichs wirkt nicht nur spirochätentötend, sondern erzeugt auch antitoxische Stoffe.

Von gewaltiger praktischer Bedeutung sind folgende Momente:

a) Eine Serie von vorläufig noch nicht sehr zahlreichen Beobachtungen an analogen Syphilisformen; so verschwand beispielsweise das lichenoide (sehr hartnäckige) Exanthem bei der Quecksilberbehandlung bei einer Patientin nicht in sechs Wochen, während Arsenobenzol das Exanthem bei einer anderen Patientin in einigen Wochen zum Verschwinden brachte; andererseits wurde bei einer Patientin, die ohne Erfolg mit Quecksilber behandelt wurde, mit „606“ rascher Erfolg erzielt.

b) Hereditäre Syphilis der Säuglinge mit klinischen Erscheinungen des seit jeher im Verruf stehenden Pemphigus syphiliticus (bei dem die inneren Organe mit blassen Spirochäten dicht imprägniert sind), bei der durch die Anwendung von Arsenobenzol eine ungewöhnlich günstige Wirkung bei vollständigem Fehlen von Erscheinungen von Arsenvergiftung erzielt wurde.

c) Eine Syphilitikerin nährte ihr Kind, welches stark ausgesprochene äuſsere syphilitische Erscheinungen von seiten der Haut und des Knochensystems hatte; sie bekam eine einmalige Arsenobenzol-Injektion, unter deren Einfluſs sowohl bei der Mutter als auch bei dem Kinde die äuſseren

syphilitischen Erscheinungen drei Tage nach dem Beginn der Behandlung zu verschwinden begonnen haben. Ursprünglich dachte man, dafs das Arsen in den Organismus des Kindes durch die Muttermilch gelangt war. Jedoch haben die Analysen der Milch diese Annahme nicht bestätigt. Nach EHRLICH dürften sich im vorliegenden Falle unter dem Einflusse des Zugrundegehens der Spirochaetae pallidae Endotoxine gebildet haben, die ihrerseits die Entwicklung von Antitoxinen angeregt haben dürften, welche letztere, wie das schon in anderen Fällen beobachtet wurde, mit der Milch der Mutter übertragen werden und zur Sterilisierung des Organismus des Kindes führen können. Diese Fälle sind nicht vereinzelt (HERXHEIMER, TAEGE, DUHOT, DOBRVITS).

d) Die Syphilide der Patienten, die mit dem Serum von anderen, die mit „606“ injiziert waren, behandelt waren, kamen zum Schwunde und derartig behandelte Kranke bekommen einen Ernährungssturz (SCHOLTZ).

e) Der Nutzen des Arsenobenzols bei Idiosynkrasie gegen Quecksilber und Jod und bei hartnäckiger Widerstandsfähigkeit der syphilitischen Spirillen dem Quecksilber gegenüber, d. h. in denjenigen Fällen, in denen letzteres Präparat bereits angewendet wurde, aber ohne Erfolg, ist offenkundig.

3. Der Schwerpunkt liegt aber in der Frage, ob **die Syphilis durch das Arsenobenzol radikal geheilt wird?**

Auf diese Frage eine Antwort zu geben, ist vorläufig in Anbetracht der kurzen Dauer der Experimente (dieselben haben erst Ende 1909 begonnen) schwer. Schon jetzt wurden in einem bedeutenden Prozentsatz der Fälle Rezidive (auch bei Lues III) beobachtet, wovon im nachstehenden noch besonders die Rede sein wird; aber selbst in den Fällen, in denen Rezidive noch nicht aufgetreten sind, kann man niemals sicher sein, dafs sämtliche Spirillen vernichtet sind. Um diese Frage lösen zu können, mufs man über eine sehr lange Beobachtungsperiode über die Wirkung des Präparates, nämlich über eine solche von 30—40 Jahren verfügen, weil manche Syphilidologen selbst nach diesem Zeitraum das Auftreten von tertiären Erscheinungen beobachtet haben. Auch würde man von einer vollständigen Vernichtung der Spirillen dann sprechen können, wenn Fälle von syphilitischer Reinfektion bekannt werden würden, welche auf eine vollständige Befreiung des Organismus vom syphilitischen Gift hinweisen. Jedoch kann man auch in bezug auf die unbedingte Behandlung auf das Arsenobenzol Hoffnungen setzen. **Wenn es bei den entsprechenden Versuchstieren gelungen ist, sämtliche Spirochäten zu vernichten, so kann man hoffen, dafs dies auch beim Menschen möglich werden wird**, d. h. es wird möglich sein, die Krankheit im Keime zu beseitigen, oder wir werden, wie EHRLICH meinte, ein Mittel zur inneren Desinfektion besitzen.

4. **Ist das Arsenobenzol ungefährlich?**

Affen, Kaninchen und Mäuse vertragen dasselbe ganz ausgezeichnet (die kolossale Dosis 1,6 g pro kg). Ferner haben ALT, der als erster Beobachtungen über die Wirkung des Arsenobenzols angestellt hat, und seine Gehilfen sich selbst „606“ injiziert, ohne Schaden genommen zu haben. Bei den mit Arsenobenzol behandelten Patienten waren von seiten des Harns keine auffälligen Abweichungen von der Norm wahrzunehmen. Auf das Blut wirkt „606“ gleichfalls günstig, indem es die Anzahl der roten Blutkörperchen vergröſsert (LEIBFREUD). Es ist möglich, daſs dies nur die Folge der diuretischen Wirkung des Arsens ist. Auch bewirkt das Arsenobenzol eine Hyperleukocytose. Bedeutende Erkrankungen des Nervus opticus, die sich bei der Anwendung der früheren Arsenpräparate (Atoxyl, Arsacetin) in so gefährlicher Weise entwickelten, daſs diese Mittel verworfen wurden, werden bei der Anwendung des Arsenobenzols nicht beobachtet. Im Gegenteil, gummöse Iritis und syphilitische Retinitis verschwanden bei der Anwendung des Arsenobenzols.[1]

Zahlreiche Autoren, darunter besonders NEISSER, WECHSELMANN, KROMAYER, W. PICK, HERXHEIMER (Beobachtungen an ungeheurem syphilitischen Material in Serajewo in Bosnien [GLÜCK], in Amerika, Japan [DOHI], Frankreich [EMERY], desgleichen auch bei uns in Charkow) haben bei der Anwendung des Präparats „606“ bisweilen direkt überraschende und unbedingt ermutigende Resultate erzielt, ohne auf irgendwelche besondere Komplikationen zu stoſsen. Jedoch ist dieser therapeutische Effekt bei weitem nicht konstant. In den Fällen zahlreicher Autoren sind sämtliche Krankheitserscheinungen nur in ungefähr 10% der Fälle verschwunden. Im allgemeinen gewinnt man den Eindruck, daſs nicht alle Fälle von Syphilis auf Arsenobenzol reagieren. Diese Harmonie wird durch die Mitteilungen von BOHAČ und SOBOTKA (aus der Klinik von KREIBICH in Prag) gestört, die ungünstige Wirkung des Arsenobenzols, augenscheinlich auf das Zentralnervensystem, beobachtet haben, und zwar Harnverhaltung während neun Tagen, Verschwinden der Kniereflexe, der Achillessehnenreflexe, des Cremaster- und des Bauchdeckenreflexes, d. h. Erscheinungen, welche an Paralysen auf der Basis einer Arsenvergiftung erinnern. HERXHEIMER, POSSELT, in Charkow TROFIMOW und LASCHIN haben ähnliche schädliche Folgen beobachtet, jedoch in weit schwächerem Grade. EHRLICH versucht, diese Komplikationen auf nicht frisch zubereitete Arsenobenzollösungen oder auf die Wirkung des Methylalkohols zurückzuführen, der früher zur Verdünnung des Arsenobenzols verwendet wurde. Es würde aber in diesem Falle die Frage entstehen, aus welchem Grunde die Komplikationen nur bei 3 von 14 Patienten und warum nicht auch in den

[1] In letzter Zeit hat SPIETHOFF über vorübergehende Störungen von seiten der Augen berichtet: Verlust des Sehvermögens am rechten Auge bei einem Tabiker und Flimmerskotom.

Fällen der anderen Autoren beobachtet wurden, die mit derselben Serie „606“ gearbeitet haben? HOFFMANN hat einen Fall von zentraler embolischer Pneumonie beschrieben. HOFFMANN und HARTTUNG hatten die sichtbare Störung der Tätigkeit des Herzens bemerkt. WECHSELMANN hat die Paralysis n. peronei bemerkt.

Aber auch von diesen Komplikationen abgesehen, haften der neuen Behandlungsmethode zahlreiche Schattenseiten an. So sind bis jetzt nicht aufgeklärt: 1. Die Technik (subcutan, intramuskulär, intravenös oder kombinierte Methode); 2. die sehr komplizierte, für die Privatpraxis äufserst unbequeme Methode der ex tempore-Lösung des Pulvers „606“, die aseptisch bewerkstelligt werden mufs;[2] 3. die Resultate der WASSERMANNschen Reaktion (sehr widersprechend); 4. die Fälle der sogenannten „Arsenfestigkeit“, die die sehr wesentliche Frage von der Nützlichkeit wiederholter Injektionen („Therapia sterilisans fractionata“) entstehen lassen, wozu die Nichtgewöhnung der Spirillen, die Immunkörper werden können, an das Arsenobenzol erwiesen werden mufs (die Wahrscheinlichkeit dieser Nichtgewöhnung scheint MARGULIES auf Grund seiner Tierexperimente anzunehmen, wenn es auch nach EHRLICHS Lehre erwünscht wäre, die Krankheit mit einem Schlage („Therapia sterilisans magna“) zu vernichten, d. h. durch eine einmalige Injektion einen vollständigen sterilisierenden Effekt herbeizuführen); von wiederholten Injektionen hält auch die Furcht vor Anaphylaxie zurück (HERXHEIMER); 5. das Fehlen eines genauen Mafsstabes für die Schnelligkeit der Arsenausscheidung mit dem Harn und mit den Fäces, in Anbetracht der Gefahr, dafs bei wiederholten Injektionen eine kumulative Wirkung des Arsens eintreten könnte (nach den Untersuchungen von AMIRADTSCHIBI und SILBER bleibt das Arsen nach der Arsenobenzol-Injektion ziemlich lange im Organismus zurück, — MARGULIES verneint auf Grund seiner Tierexperimente eine kumilative Wirkung); 6. die Bestimmung der Dosis tolerata efficiens (FRAENKEL und GROUVEN steigerten in einigen Fällen die Dosis bis 1,2 g, wobei sie trotz dieser hohen Dosis bisweilen die Injektion wiederholten, so dafs manche Kranke im ganzen bis 2,4 g Arsenobenzol bekamen); 7, das Auftreten von Rezidiven, die von manchen Autoren (SCHONNEFELD, HERXHEIMER) als „lokale“ betrachtet werden; bei manchen Autoren werden sie gegenwärtig auf die zu geringe Dosis (0,3—0,4)[3] des angewandten

---

[2] Beachtung verdient der Vorschlag, die Herstellung der Injektionslösungen zu vereinfachen, und zwar in der Weise, in der man bei der Mischung von unlöslichen Quecksilberpräparaten mit Vaselinöl verfährt (KROMAYER). Erwünscht wäre die Herstellung des Präparats „606“ in einer Form, die per os angewendet wird. Allerdings hat BLASCHKO von der Einführung des Arsenobenzols per os oder per rectum guten Erfolg nicht gesehen.

[3] TRUFFI hat die Verschlechterung nach minimalen Dosen (0,025—0 05) bemerkt.

Mittels zurückgeführt, trotzdem in Charkow, wo ein sehr grofser Prozentsatz von Rezidiven (30%) notiert wurde, die Rezidive auch bei der Anwendung von grofsen Dosen (0,6—0,7) beobachtet wurden; 8. die Frage, ob das Präparat wirklich ungefährlich ist, wovon ich bereits oben gesprochen habe; 9. die bisweilen schweren Komplikationen nach der Arsenobenzol-Injektion, von den bisweilen unerträglichen Schmerzen[4] an bis zu — allerdings seltenen — Abscessen und sogar Nekrose, was EHRLICH auf die zu oberflächliche subcutane Injektion zurückführen zu können glaubt, weil dies in Fällen beobachtet wurde, in denen die strengste Aseptik befolgt wurde; die lokalen Veränderungen bestehen aus Erweichungsherden, in denen sich kein Eiter, sondern abgestorbenes Muskelgewebe findet (ORTH); 10. die Temperatursteigerungen; 11. Kontraindikationen, die beim Quecksilbergebrauch nicht vorhanden sind: Erkrankungen des Herzens und des Gefäfssystems überhaupt,[5] der Leber, der Lungen (Tuberculosis, Bronchitis purulenta), der Nieren (wenn auch GEORGIEWSKI bei Nephritis keine Verschlimmerung beobachtet hat), des Nervus opticus, degenerative Prozesse im Gehirn (einige Fälle mit traurigem Ausgang erklärt EHRLICH eben durch die Anwendung des Arsenobenzols in solchen Fällen), die starken Potatoren, Syphilis neonatorum, ungünstiger Kräfte- und Ernährungszustand (EHRLICH); 12. die Schwierigkeit, sämtliche Spirochäten in stark verdichtetem Gewebe bei parenchymatöser Keratitis und in zerfallenden Gummen unschädlich zu machen; 13. die Unaufgeklärtheit der Tatsache, bei erwiesener spezifischer Wirkung auf Syphilis, dafs Erfolg bisweilen bei einer ganzen Reihe von Krankheiten, die mit Syphilis nichts zu tun haben, eintritt, wie beispielsweise bei Lepra, Framboesia, Recurrens, Malaria, Variola, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis, Lichen ruber planus, Verrucae planae juveniles, Pemphigus, Neurodermitis (Lichen chronicus VIDAL-BROCQ); 14. das Fehlen einer genauen Erklärung für den in manchen Fällen von Syphilis ausbleibenden Erfolg: a) Spirochätenthromben in den kleinen Gefäfsen, wie dies WECHSELMANN annimmt; b) das Unvermögen, eine Lösung des Arsenobenzols herzustellen; so ist es beispielsweise HAUSMANN kein einziges Mal gelungen, eine für die intravenöse Injektion geeignete Lösung zu erzielen: jedesmal bildete sich ein Niederschlag oder eine Trübung; er hat viele Präparate und viel Zeit verloren, aber sich doch nicht entschliefsen können, das Mittel in solchem Zustande zu injizieren; und so weiter.

---

[4] EHRLICH führt den traurigen Ausgang im Falle von SPIETHOFF auf Shock zurück, der durch die heftigen Schmerzen an der Injektionsstelle bedingt war.

[5] In letzter Zeit sind Fälle beschrieben worden, in denen Injektionen von „606“ bei Herzkrankheiten vorgenommen wurden, ohne dafs sich irgendwelche schädliche Folgen bemerkbar gemacht haben.

Was die präventive Kraft des Hatols[6] wie der übrigen neuesten Arsenpräparate betrifft, worauf die abortive Behandlung der Syphilis nach HALLOPEAU basiert (Injektion von Atoxyl um die primäre Induration herum, allgemeine Anwendung dieses Präparates sowie von Arsacetin und Hektin), so hat sich dieselbe in der Praxis von NEISSER als schwach erwiesen. v. ZEISSL hat jedoch etwas bessere Resultate gesehen. UHLENHUTH hat im Tierexperiment auch präventive Wirkung nachweisen können. In Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren heben KULNEW und DOMERNIKOWA die überaus günstige Wirkung des Arsenobenzols auf die pustulöse und tertiäre Syphilis sowie auf die Schleimpapeln hervor; indem sie eine relativ nur schwache Einwirkung des Präparates auf die Roseola zugeben, nach der hinsichtlich der geringen Intensität der Wirkung der harte Schanker die zweite Stelle einnimmt, sprechen sie die Vermutung aus, daſs die Haupteigenschaft des Arsenobenzols seine prädelektive Wirkung auf das pathologisch veränderte Gewebe ist, nämlich seine gewaltige resorptionsbefördernde Kraft, vor der die Bakterizidität in den Hintergrund tritt. Diese Annahme findet Bestätigung in der groſsen, längst bekannten Wirkung des Arsens auf das Lupusgewebe und erinnert an die analoge Wirkung des Arsenteiges bei Lupus vulgaris. MICKLEY konstatiert die verhältnismäſsig langsame Reaktion der Roseola auf „606“. GLÜCK erwähnt die auffallend langsame Wirkung auf Portioindurationen. SAALFELD hat eine verhältnismäſsig langsame Beeinflussung der papulösen Exantheme gefunden.

Darf man schon jetzt das Arsenobenzol in die Privatpraxis einführen? Der Zankapfel liegt hier in dem Gesichtswinkel. Manche geben auf diese Frage eine entschieden bejahende Antwort und weisen darauf hin, daſs man sich in bezug auf „606“ in einer ungewöhnlichen Weise die Ärzte zu bevormunden erlaube, wie es beispielsweise in bezug auf die Vorgänger des Arsenobenzols (Atoxyl, Arsacetin) nicht der Fall war; in bezug auf diese letzteren Mittel wurde nicht gestritten, ob man sie anwenden darf oder nicht, trotzdem dieselben Erblindung vielfach bewirkten und wahrscheinlich auch künftighin bewirken werden — eine Komplikation, die bei der Anwendung von „606“ bei dem Material von 10000 EHRLICH bekannt gewordenen Fällen nicht beobachtet wurde. Nichtsdestoweniger besteht EHRLICH darauf, daſs es jetzt übereilt wäre, dieses Mittel der Privatpraxis zugängig zu machen. In Übereinstimmung mit EHRLICH möchten zahlreiche Kliniker, bis nicht die absolute Ungefährlichkeit des neuen, augenblicklich im Stadium der wissenschaftlichen Prüfung befindlichen Mittels erwiesen sein wird, bei der Anwendung desselben die gröſstmögliche Umsicht gewahrt wissen

[6] HERXHEIMER schlägt vor, das Arsenobenzol so zu benennen.

und halten die Injektionen von „606“ nur in der Klinik, desgleichen in besonders schweren Fällen für zulässig, in denen das Quecksilber und das Jod sich als erfolglos erwiesen haben, ferner bei Idiosynkrasie gegen diese Präparate. Von diesen Fällen abgesehen, dürfte es meines Erachtens, sobald der Toxizitätsgrad des Arsenobenzols endgültig aufgeklärt sein wird, obligatorisch sein, jedem Syphilitiker, wenn keine besonderen Kontraindikationen vorliegen werden, vor der ersten Feststellung der sekundären Erscheinungen „606“ zu injizieren, jedoch nicht aus dem Grunde, weil man sicher sein kann, dafs mit der Genauigkeit eines Experiments ein überraschender Effekt eintreten würde, sondern lediglich in der Hoffnung, wenigstens eine partielle Sterilisierung des Organismus von den Syphilisspirillen zu erreichen, wobei man a priori anzunehmen haben wird, dafs diese Sterilisierung bei der Anwendung des neuen gefährlichen Konkurrenten der mineralischen Mittel, nämlich des organischen Arsenpräparats, doch eine andere sein wird. Aber auch dann wird es voreilig sein, auf die alten, durch Jahrhunderte erprobten, weniger gefährlichen Mittel (Quecksilber, Jod, ZITTMANNscher Dekokt) zu verzichten, die häufig direkt wundertätige Resultate ergeben. Man mufs nämlich den Umstand in Betracht ziehen, dafs die vollständige sterilisierende Kraft des neuen Präparats noch nicht erwiesen ist (Unbeständigkeit der therapeutischen Wirkung, Rezidive). Von sehr seltenen Ausnahmen abgesehen, vermag das Arsenobenzol die früheren spezifischen Mittel aus dem Gebrauch vorläufig nicht zu verdrängen, sondern mufs lediglich als Kampfgenosse im Kampfe gegen die Syphilis betrachtet werden. Es ist möglich, dafs uns die Zukunft eine kombinierte Behandlung der Syphilis mit Arsenobenzol und Quecksilber bringen wird. Aufserdem ist es angebracht, wiederholte Injektionen von „606“ probeweise anzuwenden, welche bereits günstige Resultate ergeben haben (SCHREIBER, SCHONNEFELD, FRAENCKEL, WECHSELMANN). SCHREIBER injiziert bis 0,6, eventuell zweimal in vier Wochen, wenn die WASSERMANNsche Reaktion positiv war, ohne schädliche Wirkung für den Patienten.

Indem ich noch die technische Seite der Frage berühre, kann ich nicht umhin, den Wunsch auszusprechen, dafs die chemische Fabrik vormals Meister Lucius & Brüning zu Höchst a. M., der EHRLICH das Recht der Herstellung von „606“ überlassen hat, ein bequemeres und für die Praxis ungefährlicheres Präparat herstellen möchte als dasjenige, welches gegenwärtig abgegeben wird.

Die Entdeckung EHRLICHS wird als gröfserer Fortschritt auf dem Wege der Syphilisbehandlung in die Geschichte der Medizin aufgenommen werden. Indem man den Wert des Präparats anerkannt, mufs man jedoch im Auge behalten, dafs die Grundsteinlegung zu einem Gebäude noch nicht die Errichtung desselben ist. Das Zuende-

führen von Gebäuden, die von anderen proponiert sind, die Fortsetzung der Arbeit wird den kommenden Pathologen und Syphilidologen obliegen. Man muſs mit geschickter Hand die Resultate der Ehrlichschen Arbeiten filtrieren. Leider macht sich bei den Kranken eine äuſserste Ungeduld und übertriebene Begeisterung bemerkbar. Manche glauben sogar, daſs bereits ein ideales Mittel gefunden ist, welches die Syphilis inklusive Tabes und progressiver Paralyse radikal heilt, während in der Tat die Frage der unbedingten therapeutischen Wirkung des Arsenobenzols auf die Syphilis trotz zahlreicher Experimente, wie aus Vorstehendem ersichtlich, immerhin eine offene bleibt. In bezug auf die soeben erwähnten metasyphilitischen Erkrankungen muſs man sagen, daſs man a priori erwarten konnte, daſs das Präparat „606“ in den Anfangsstadien der Tabes dorsalis, wo nur erst eine Durchtränkung des Nervengewebes des Rückenmarks besteht, befriedigende Resultate ergeben würde, was sich in der Praxis bereits bestätigt hat: eine Linderung der Schmerzen sowie Wiederkehr der Patellarreflexe und Schwund der Akkommodationsstörungen (Neisser, Alt, Wechselmann, Wicherkiewicz). Fälle von Besserung in den Anfangsstadien von progressiver Paralyse haben Alt und Korczyński veröffentlicht.

Dem fieberhaften Interesse kann die Enttäuschung auf dem Fuſs folgen, wenn man „606“ ohne strenge Wahl anwenden wird. Zu Ehren unseres Standes sei hervorgehoben, daſs viele Anstrengungen gemacht wurden, um eine Ekstase nicht aufkommen zu lassen, indem in der medizinischen Presse und bis zur letzten Zeit auch von seiten Ehrlichs selbst zur Vorsicht gemahnt wird. Diese Anstrengungen sind durch die Furcht bedingt, daſs man den Sieg vorzeitig gefeiert habe.

Wenn auch die neueste Modifikation „606“ als „Hyperideal“ benannt worden ist, so ist es natürlich, daſs die Nummer des Präparats, die allen Anforderungen entsprechen wird, nicht „606“, sondern „806“ und darüber sein wird. Mag es dem aber sein wie es will, die Bahn der planmäſsigen Ehrlichschen Untersuchungen ist die richtige, und darin besteht das groſse Verdienst Ehrlichs vor der Menschheit. Indem er das „606“ als für den lokalen Gebrauch ungeeignet betrachtet, hofft Ehrlich, daſs es ihm in absehbarer Zeit gelingen wird, für die lokale Anwendung ein neues Arsenpräparat herzustellen, mit dessen Hilfe unter gleichzeitiger Anwendung von Arsenobenzolinjektionen die Behandlung noch erfolgreicher von statten gehen wird.

Literaturverzeichnis.

Alt, Konrad, Prof., *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 11 und 34; *Berl. klin. Wochenschrift.* 1910, Nr. 27.

Amiradtschibi, S. S., und Silber, S. M., Protokolle der Charkower Medizinischen Gesellschaft, 4. September 1910.

Blaschko, A., Prof., *Berl. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 35.

Bohač Carl, und Sobotka, Paul, *Wien. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 30 und 31.

Bresler, Johannes, Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel. Halle a. d. S., Carl Marhold. 1910. 2. Aufl.

Camous, Louis, und Spinler, Otto, Les techniques du „606" et de la reaction de Wassermann. Paris, A. Maloine. 1911.

Dobrovits, Math., *Wien. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 38.

Dohi, 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 18. bis 24. September 1910 in Königsberg i. Pr.

Dühot, R., *Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 35.

Ehrlich, Paul, Prof., Beiträge zur experimentellen Pathologie und Chemotherapie. Leipzig 1909; *Wien. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 31; *Berl. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 27; *Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 29 und 35; Derselbe und Hata, Chemotherapie der Spirillosen.

Emery, E., La préparation „606". Le traitement de la syphilis par la méthode d'Ehrlich. 1910.

Ehrmann, S., Prof., *Wien. med. Wochenschr.* 17. September 1910.

Fraenkel, C., und Grouven, C., *Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 34.

Georgiewski, K. N., Prof., Protokolle der Charkower Medizinischen Gesellschaft, 4. September 1910.

Glück, Alex., *Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 31; 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 18. bis 24. September 1910 in Königsberg i. Pr.

Grouven, C., Prof., Ebenda.

Hallopeau, H., Note additionelle à la communication du 31. Mai sur un nouveau traitement abortif de la syphilis. *Bull. de l'Acad. de Méd.* Nr. 7. Séance du 12. Juillet 1910.

Harttung, Prof., Zit. nach Iwanow.

Hata, Chemotherapie der Spirillosen. Verhandlungen des Deutschen Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden.

Hausmann, F., *Russki Wratsch*, 1910, Nr. 33.

Herxheimer, Carl, Prof., *Dtsch. med. Wochenschr.* 18. August 1910.

Hoffmann, E., *Med. Klinik*, 1910, Nr. 31 und 33.

Iwanow, W. W., Privatdozent, *Russki Wratsch*, 1910, Nr. 42.

Korczyński, L., Prof., *Przegląd lekarski.* 6. und 13. August 1910.

Kromayer, E., Prof., *Berl. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 27, 34 und 37.

Kulnew, S. J., Prof., und Domernikowa, A. N., *Russki Wratsch*, 1910, Nr. 39.

Lange, Carl, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 30; *Berl. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 36.

Leibfreud, L. M., Protokolle der Charkower Medizinischen Gesellschaft. 4. September 1910.

Margulies, Margarethe, Frau, 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 18. bis 24. September 1910 in Königsberg i. Pr.

Mickley, Ebenda.

Neisser, Albert, Prof., *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 26; und Kuznitzky, E. *Berl. klin. Wochenschr.*, 8. August 1910.

Nichols, Henry J., *Journ. of the americ. med. assoc.*, Bd. 55, Nr. 3.

Orth, Johannes, Prof., 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 18. bis 24. September 1910 in Königsberg i. Pr.

Pick, Walther, Privatdozent, *Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 33.

Posselt, Prof., Zit. nach Iwanow.
Saalfeld, 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 18. bis 24. September 1910 in Königsberg i. Pr.
Scholtz, Walther, Prof., Ebenda.
Schoenefeld, Sitzungsberichte des Vereins der Ärzte des Städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M., 6. September 1910.
Schreiber und Hoppe, *Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 27.
Spiethoff, *Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 35.
Taege, K., *Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 33.
Tomasczewski, E., Privatdozent, Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Sitzung vom 8. März 1910.
Trofimow, M. M., und Laschin, I. W., Protokolle der Charkower Medizinischen Gesellschaft, 4. September 1910.
Truffi, Mario, Privatdozent, *Biochimica e Terapia speriment.* Bd. II, Heft V.
Uhlenhuth, 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom 18. bis 24. September 1910 in Königsberg i. Pr.
Wechselmann, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 27, 32 und 37; und Lange, ebenda, 1910, Nr. 30.
Wicherkiewicz, B., Prof., *Przeglad lekarski*, 20. und 27. August 1910.
Zeissl, Maximilian v., Prof., *Wien. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 38.

Aus der Praxis.

Zur Anwendung von Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. Alexander Porges-Wien-Baden.

Anknüpfend an den Artikel in Nr. 8, Band 51 *dieser Zeitschrift* „Technische Miszellen“ von Dr. Dreuw-Berlin, hauptsächlich mit Rücksicht auf das Kleingedruckte, Hydrargyrum salicylicum-Injektion betreffend, will ich den Kollegen mit einem kleinen technischen Behelf dienen, den ich seit geraumer Zeit schon anwende und den ich nirgends im Gebrauch sah, noch beschrieben fand.

Die Beobachtung des Dr. Dreuw, daſs die Spritze im letzten Momente versagte, da die Kanüle sich durch kleine Partikelchen verlegte, wird jeder bestätigen können, der mit Hydrargyrum salicylicum-Emulsionen arbeitet. Die Ursache liegt darin, daſs sich das Hydrargyrum salicylicum, welches als feinstverriebenes Pulver vom Apotheker mit dem Tragmittel der Emulsion (Olivenöl, Vaselinöl) zubereitet und expediert wird, bei einigem Stehen zusammenballt und in einer gleichmäſsig dicken, sehr zähen und dem Glase ziemlich fest anhaftenden, weiſsen Schicht den Boden des Gefäſses bedeckt; darüber steht das Tragmittel fast ganz ohne

Hydrargyrum salicylicum-Gehalt, also gelb, wenn man Öl verwendet, oder glycerinähnlich bei Anwendung von Oleum paraffini. — Je älter das Medikament ist, desto zäher wird die Schicht, und wenn noch der Umstand hinzutritt, daſs das Fläschchen nicht täglich benutzt wird, sondern einen oder gar mehrere Tage unbenutzt im Schranke steht, so nützt auch das kräftigste und energischste Schütteln nicht, auch nicht das Aufrühren mit einem Glasstabe: der Bodenbelag löst sich nicht vollkommen von der Flasche ab. Die natürliche Folge davon ist, daſs Injektionen, die aus einer solchen Flasche gemacht werden, nicht die Menge Hydrargyrum salicylicum enthalten, die ursprünglich zu verabreichen beabsichtigt war, sondern weniger, daſs also die Injektionen nicht mit einer 10%igen Emulsion, sondern mit 9%iger oder 8%iger oder noch schwächerer gemacht wurden. Dies ist ein gewiſs nicht wünschenswertes Ereignis, denn es ist uns doch sicher daran gelegen, genau zu wissen, wie viel Hydrargyrum der Kranke erhält.

Die Methode, die ich anwende, um eine immer gleichwertige Emulsion zu besitzen, besteht in folgendem:

In jeder Glas- oder Porzellanhandlung erhält man für wenige Heller sogenanntes Porzellan- oder auch Glasschrot, das sind kleine Glas- oder Porzellankügelchen von zirka 3 mm Durchmesser. Man legt dieselben in Salzsäure zur Reinigung von Schmutz und Staub und rührt mit einem Glasstabe um. Hierauf wird reichlich Wasser darüber gespült, dann, wenn man sicher sein kann, daſs alle Verunreinigungen und alle Spuren der Salzsäure entfernt sind, trocknet man das Schrot zwischen zwei reinen Tüchern und bringt eine Anzahl der Kügelchen (auf ein 50 g-Fläschchen beiläufig 50) in die Emulsion. Wenn man jetzt die das gereinigte Schrot enthaltende Emulsion schüttelt, so bleibt nirgends am Glase die zähe Masse hängen, von der ich oben sprach, nirgends sieht man gröſsere Partikelchen, die eventuell die Kanüle verlegen könnten, die Emulsion ist eine ganz gleichmäſsige, und enthalten alle Spritzen aus demselben Gefäſs auch immer dieselbe Menge.

Ich habe bei einer Emulsion, die zwei Monate unbenutzt im Kasten gestanden war, bei der ich weder durch langes intensives Schütteln noch durch Verreiben mit einem Glasstabe die groben Klümpchen lösen konnte, nach Zusetzung des Schrottes durch Schütteln ein vollkommen gleichmäſsiges Präparat erhalten, das nirgends dem Glase anhaftete, keine Klümpchen enthielt und anstandslos die Kanüle passierte.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1910.

Herpes facialis bei Scharlach, von J. D. ROLLESTON. R. hat in den letzten Jahren 413 Fälle von Scharlach und davon bei 27 Fällen Herpes facialis beobachtet (= 6,5 %). Scharlach kommt also an vierter Stelle in den Listen der akuten Infektionskrankheiten, wo Herpes vorkommt, und zwar in weitem Abstande von Pneumonie, Malaria und Meningitis cerebrospinalis, bei welch' jeder die Häufigkeit 40 % ist. In 23 Fällen (bei Scharlach) waren die Lippen allein, in 2 auch die Nasenflügel, in 1 nur die rechte Wange und in 1 Nase und rechte Wange zusammen befallen. Keiner der Fälle zeigte die starke Verbreitung, atypische Lokolisation und relativ lange Dauer, welche für die Eruption bei Cerebrospinal-Meningitis charakteristisch sind. Der Scharlachherpes heilte in allen Fällen rasch ab, ohne Narben zu hinterlassen. Er kommt ähnlich, wie bei Diphtherie, hauptsächlich im akuten Stadium vor; in allen, mit Ausnahme von fünf Fällen, trat er in der ersten Woche auf. Neben Herpes facialis kam in einem Falle (bei einem fünfjährigen Mädchen) Herpes progenitalis in Verbindung mit Ausfluſs aus der Scheide vor. Herpes zoster, eine gelegentliche Folge von akuten Infektionskrankheiten, wurde in den hier beobachteten Scharlachfällen nicht konstatiert. Als ein prognostisch ungünstiges Zeichen kann Herpes bei Scharlach nicht angesehen werden, wenn auch, wie bei Diphtherie, die Eruption bei den schweren Fällen häufiger wie bei den milden war. Nach SCHAMBERG sind die drei Varietäten von Herpes facialis, progenitalis und zoster auf die Entwicklung eines Toxins, das eine besondere Affinität für Nervengewebe, speziell für die Zellen der sensorischen Ganglien hat, zurückzuführen.

Bemerkungen über einen Fall von papulös-nekrotischem Tuberkulid, von PHILIPP BURNETT - Montreal. Der Fall betraf ein $5^1/_2$jähriges, zartes Mädchen, deren Mutter an Lungentuberkulose litt, die aber selbst an suspekten Erscheinungen nur Halsdrüsen aufwies. Eine papulo - nekrotische Eruption war an der Streckseite der Arme vom Ellenbogen bis nahezu dem Handgelenke, am Gesäſse und an den Beinen vom Knie bis zum Fuſsgelenke vorhanden. Die Eruption bestand aus harten, indurierten Knoten oder Papeln, von Stecknadelkopf- bis Erbsengröſse und verschiedener Rotfärbung (von blaſs- bis tiefpurpurrot). Diese Papeln gingen allmählich einen nekrotischen Prozeſs ein, ohne wirkliche Eiterung. Schnitte, die aus mehreren exzidierten Stückchen angefertigt wurden, zeigten ausgesprochene Zellinfiltration (Epitheloide oder neue Bindegewebszellen, einkernige Rund-, Plasma- und Riesenzellen von etwas unvollkommener Art), und deutliche Erweiterung der Gefäſse. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden, Überimpfung eines Gewebestückes auf Meerschweinchen hatte positive Resultate. Die histologischen Befunde sprechen immerhin für eine „tuberkulöse Haut“, und B. möchte sie mit der Anwesenheit eines tuberkulösen Toxins in den Hautkapillaren erklären.

Wie hat MEIROWSKYs Arbeit unsere Kenntnis über die Pigmentbildung gefördert? Von J. E. R. MCDONAGH. Seitdem KÖLLIKER im Jahre 1860 die erste bedeutende Arbeit über Pigmentbildung geliefert hat, ward immer von neuem die Frage über den Entstehungsort des Hautpigments diskutiert, d. h. ob es autochthon in der Epidermis oder aus dem Corium heraus sich bildet. MEIROWSKY stellte nun

durch FINSEN-Strahlen auf unpigmentierte Haut und Färbung nach PAPPENHEIMS Methode fest, dafs die ersten Veränderungen, die zur Pigmentbildung führen — Bildung einer roten Substanz im Kerne der Protoplasmazelle (Pyroninrot) —, in der Basalzellenschicht der Epidermis sich vollziehen und allmählich nach aufwärts rücken. Diese rote Substanz war in vielen Fällen der Kernmembran attachiert, durch welche sie ihren Weg in das Zellprotoplasma, wo sie in Pigment umgewandelt wird, fand. Wenn die Zelle völlig pigmentiert ist, bleibt keine rote Substanz mehr zurück. Ähnliche Veränderungen wurden auf der Kaninchenhaut, welche rasiert und der Sonne ausgesetzt war, in der Konjunctiva eines Ochsen, in embryonaler Haut usw. beobachtet. Die Wirkung des Lichtes bestand darin, die Zahl der Mastzellen zu vermehren, und in diesen Mastzellen war derselbe Zusammenhang zwischen Pyroninrotsubstanz des Kernes- und Pigmentbildung, wie oben beschrieben, vorhanden. Diese Zellen sind von gewöhnlichen Mastzellen darin verschieden, dafs sie nicht metachromatisch sind, MEIROWSKY möchte sie als unreife Mastzellen ansehen. Es erscheint McDONAGH nicht zweifelhaft, dafs diese Zellen schliefslich die Chromatophoren der alten Autoren werden: Hämoglobin spielt eine Rolle in der Pigmentbildung, aber sicher nicht die einzige. Mangel an Pigment mufs irgendeine in den Zellen selbst bestehende, pathologische Veränderung bedeuten. Was die chemische Seite der Frage betrifft, so ist sie noch nicht völlig gelöst, aber sicher gehört Melanin zur Indolgruppe. Nach den letzten Experimenten von FÜRTH und JERUSALEM, NEUBERG und HALLE kann die Pigmentbildung als Umsetzungsprozefs angesehen werden, der die Proteid-Moleküle der Zelle betrifft und durch Wirkung eines Ferments zustande kommt. Durch MEIROWSKYS Experimente scheint es jedenfalls erwiesen, dafs autochthone Pigmentbildung in der Epidermis stattfindet, dieselbe aber auch in den oberen Coriumschichten sich vollziehen kann.

Die Funktionen der Haut, von S. PAMBREY (Fortsetzug und Schlufs aus den Nummern von Mai bis September), In dieser umfangreichen physiologischen Besprechung (in sechs Vorlesungen), betreffen die beiden ersten Vorlesungen das Pigment der Haut, dessen Struktur und Entstehung. Die alte Theorie, wonach das Pigment vom Hämoglobin des Blutes entstehe, ist ins Wanken gebracht und überzeugend dargetan, dafs es aus Zersetzungsprodukten des Proteins sich bilde. Die Pigmentierung der schwarzen Rassen ist ein wohlbekanntes Beispiel für die direkt physiologische Bedeutung des Pigments: es schützt gegen die schädliche Wirkung gewisser Sonnenstrahlen (ein Neger kann bekanntlich starkes Sonnenlicht, das einem weifsen, unbekleideten Manne unerträglich wäre, leicht aushalten). Was die Physiologie der Schweifs- und Talgdrüsen betrifft (dritte Vorlesung), so lehrt die vergleichende Physiologie, dafs die Funktionen der Schweifsdrüsen ziemlich komplizierte seien und sich nicht auf die Perspiration der Schweifsabsonderung beschränken. Nähere Beschreibung der Zusammensetzung des Schweifses, der Versuche, denselben zur chemischen Analyse zu gewinnen usw. In der vierten Vorlesung sind die verschiedenen Umstände, welche die Schweifssekretion beeinflussen, besprochen: in erster Linie sind das Nervenreizungen, dann die Art des Blutzuflusses (Dilatationen der Hautgefäfse), Zusammensetzung des Blutes (Anhäufung von CO_2 oder verminderter O-Gehalt im Blute regen die Schweifssekretion an). Der Einflufs verschiedener Medikamente auf die Schweifsabsonderung zeigt, dafs dieselbe entweder durch die Wirkung auf die Nervenzentren und auf die Enden der sekretorischen Nerven oder auf die Zellen der Schweifsdrüsen stattfindet. Muscarin, Kampher, Nikotin und Strychnin scheinen hauptsächlich auf die Zentren zu wirken, wodurch die Sekretion verringert wird oder völlig aufhört, wenn die Nerven vor Eingabe des Mittels durchtrennt worden sind. Pilokarpin ist auch nach Durchtrennung der sekretorischen

Nerven noch wirksam, Atropin ist der Antagonist des Pilokarpins und scheint in erster Linie die Endigungen der sekretorischen Nerven und dann das Protoplasma der Schweifsdrüsen zu lähmen. Die fünfte Vorlesung behandelt als wichtigste Funktion der Schweifsdrüsen die Temperaturregulierung: wenn die Temperatur des Körpers infolge von vermehrter Muskelarbeit oder erhöhter Aufsentemperatur sich erhöht, so wird der Wärmeverlust durch den abkühlenden Einflufs des aus den zahlreichen Drüsen verdampfenden Schweifses vermehrt. Die Talgdrüsen entwickeln sich embryologisch aus dem Stratum germinativum der Haut im Zusammenhang mit den Haarfollikeln und sind über die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme von Palma manus, Fufssohle und Dorsalflächen der dritten Phalangen verstreut. Nach den klinischen Erfahrungen ist die Wahrscheinlichkeit eine grofse, dafs Geschlechtsorgane und Talgdrüsen in irgendeinem Zusammenhang stehen: Menstruation ist häufig mit Affektion der Talgdrüsen verbunden und auch andere Beobachtungen führen zu der Annahme, dafs die Absonderung der Talgdrüsen von Substanzen beeinflufst wird, welche durch das Blut aus anderen Organen des Körpers absorbiert werden. In erster Linie ist aber die Funktion der Talgdrüsen, die Haut mit einer Fettschicht zu überziehen, welche in Verbindung mit dem Cholesterol und den Cholesterolestern, die durch chemische Umbildung von Zellen in der Hornschicht der Haut gebildet werden, die Haut vor Einwirkung schädlicher Substanzen und vor Mikroorganismen schützt. Das Sekret der Talgdrüsen bedeckt auch die Haare mit einer Ölschicht und verhindert sie, zu trocken zu werden und andererseits zu viel Wasser zurückzuhalten, wenn sie der Nässe ausgesetzt sind. Ohne Zweifel sind viele Krankheiten der Haut mit Funktionsstörungen der Talgdrüsen — die Mikroorganismen können sich dann eher ansiedeln und wachsen — verbunden. Die Temperatur der Haut (sechste Vorlesung) steht im Zusammenhang mit ihrer Gefäfsversorgung und ihren Absonderungen. Die Hautfarbe ist ein Führer für erstere. Zur Bestimmung der Hauttemperatur gibt es zwei Methoden: das Quecksilberthermometer mit einem flachen Ende und die thermo-elektrische Nadel; letzteres ist eine etwas umständliche Methode. Ein Überblick über eine solche Tabelle zeigt, dafs die Temperatur der Haut des Rumpfes eine viel konstantere ist, als jene der Extremitäten. Ein gesunder Körper hat überhaupt keine ganz gleichförmige Temperatur, wie so oft behauptet wird, indem bei Thermometern und Temperaturkarten 36,89° C als die Normallinie angenommen wird; der Mangel an Gleichmäfsigkeit ist vielmehr ein Zeichen von Gesundheit und Wohlbefinden, wir sind uns nur der Tatsache nicht bewufst, dafs lokale Temperaturverschiedenheiten am Körper vorhanden sind. Gleichmäfsigkeit würde absolute Stagnation — und Tod bedeuten. Die Bedingungen, welche die Hauttemperatur beeinflussen, können in zwei Gruppen: äufsere und innere, eingeteilt werden. Von ersteren ist die wichtigste das Klima, welches Lufttemperatur, Feuchtigkeit und Wind umfafst. Ein wichtiger Gradmesser ist die Schnelligkeit, mit welcher die Feuchtigkeit von der Haut verdampft, und zwar ein viel wichtigerer als die trockene Temperaturmessung. Einflufs von Kälte und Wärme, von Muskelarbeit auf die Hauttätigkeit, die Art der Bekleidung je nach der Aufsentemperatur, bilden die Schlufsartikel dieser monographischen, höchst lehrreichen Darstellung der Hauptphysiologie.

Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

September 1910.

Syringoma, von Oliver S. Ormsby-Chicago. Der Fall betraf eine 23jährige, unverheiratete Frauensperson, bei welcher ohne subjektive Erscheinungen Knoten von

verschiedener Gröfse und Färbung in grofser Menge über Brust, Armen, Gesicht, Augenlidern, Hüften und Beinen verbreitet waren, Handflächen, Fufssohlen und behaarter Kopf waren nicht befallen. Die Knötchen und Knoten waren teils flach, teils oval oder rundlich, von Hirsekorn- bis Erbsengröfse. Die Affektion hatte vor etwa Jahresfrist an den Ellenbogen mit etwas Jucken begonnen und von da aus sich im Verlaufe einiger Monate weiter verbreitet. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes. Histologisch zeigten die Schnitte aus exzidierten Stückchen die ausgesprochensten pathologischen Veränderungen in der Gegend der Schweifsgänge und dieselben lassen die Annahme berechtigt erscheinen, dafs die Neubildung ein Proliferationsprodukt der Zellen dieser Gänge ist; ein Zusammenhang zwischen den Zellen der Haarfollikeln oder der Epidermis und jenen der Neubildungen konnte nicht festgestellt werden. Radiotherapie brachte eine Anzahl der Knötchen zur Verkleinerung, kurz dauernde (zehn Sekunden) Applikation von Kohlensäureschnee völlig zum Verschwinden, andere bildeten sich spontan zurück, entweder Narben oder Hyperpigmentation zurücklassend. Der Fall ist weit ausgedehnter, als alle bisher unter diesem oder verwandten Namen adenoides Epithelioma der Schweifsdrüsen, multiples Lymphangioma tuberosum, (Syringadenoma, Syringoma u. s. f.) beschriebenen Fälle. Er ist völlig verschieden von einer verwandten gutartigen Neubildung der Haut, dem multiplen cystischen Epitheliom und kann daher nicht in die Gruppe dieser Fälle eingereiht werden. Eine Anzahl (neun) trefflicher Abbildungen illustrieren sowohl den klinischen wie histologischen Befund.

Der Übergang von Impetigo contagiosa auf die Schleimhäute, von Douglas W. Montgomery-San Franzisko. M. findet, dafs dieser Komplikation der Impetigo in der Literatur (dermatologischen Handbüchern u. a.) zu wenig Beachtung geschenkt werde; sie ist wichtig, weil sie noch weiter bestehen kann, wenn auch das ursprüngliche Hautleiden schon verschwunden oder geheilt ist und weil sie eine andere (mildere) Behandlungsart erfordert, als die Hautaffektion. In einem von M. beobachteten Falle, der einen 35jährigen Architekten betraf, war eine krustöse Eruption über Gesicht und Nacken ausgebreitet, beide Nasenflügel intensiv rot, mit Krusten bedeckt, eine heftige Conjunctivitis am rechten Auge vorhanden und nicht nur die Bindehaut, sondern die ganze Aufsenfläche der Lider desselben intensiv rot. Die Hautaffektion begann unter Präcipitatsalbe abzuheilen, während die Lidaffektion trotz Auftragen von 2%iger roter Quecksilbersalbe und Instillation einer 2%igen Borlösung immer schlimmer wurde. Eine Naftalansalbe (Naftalan 50,0, Amyl., Zinc. oxyd. aa 25,0), bei Nacht aufgetragen, morgens mit Olivenöl abgewaschen und durch rote Quecksilbersalbe ersetzt, und Calomel, dreimal täglich in das Auge eingepulvert, brachte jedoch rasche Heilung. Während in den meisten der veröffentlichten Fälle die Schleimhautkomplikationen der Impetigo unbedeutend waren (unter 126 Fällen 14 mal = 11,11%), zeichnete sich der vorliegende Fall durch besondere Schwere aus, der dem Patienten grofses Unbehagen brachte. Von den Lippen oder der Kommissur wird die Affektion meist durch Behandlung mit gesättigter Borlösung zwei- bis dreimal täglich appliziert), gefolgt von 3%iger weifser Präcipitatsalbe verschwinden, die Kombination von offizinellem Unguent. H. ammon. (ein Teil) mit Unguent. Zinci. oxyd. (zwei Teile) scheint M. übrigens besser zu wirken, als erstere für sich allein.

Einige Betrachtungen zur Prognose der erworbenen Syphilis, von Edward L. Keyes. Wenn auch manche statistischen Zusammenstellungen eine Verkürzung des Lebens — nach Bramwell um ein Jahr und vier Monate, nach Blaschko um vier Jahre — durch erworbene Syphilis annehmen lassen, so kann Verfasser auf Grund von 2500 längere Zeit hindurch beobachteten Fällen sich nur auf den optimistischen Standpunkt stellen, d. h. unter drei Bedingungen, dafs nämlich der Patient drei bis

vier Jahre lang intensive Quecksilberbehandlung durchmacht, sich des Alkohols enthält und auch sonst ein hygienisch einwandfreies Leben führt (Überanstrengungen meidet usw.). K. behandelt zwar beinahe alle seine Patienten mit Injektionen oder Einreibungen, glaubt aber, dafs bei der Mehrzahl derselben innerliche Quecksilberdarreichung ebenso wirksam sei. Der Einflufs des Alters auf spätere Tertiärerscheinungen ist ein merkwürdiger: je älter der Patient, desto früher stellen sich die letzteren ein — bei Infektionen vor dem 20. Lebensjahre im Durchschnitte erst nach sechs, bei Infektionen nach dem 30. Lebensjahre schon nach drei Jahren. Abgesehen von Ataxie und Tabes hatten von den 2500 Patienten nur 100 nach Ablauf von fünf Jahren scheinbarer Gesundheit Rückfälle; weitere statistische Ausscheidung der Fälle lehrte, dafs drei von je vier innerhalb fünf Jahren, sieben von je acht innerhalb zehn Jahren geheilt waren, während nur eine von je 30 über 20 Jahre anhielt. Die brennende Frage: wie lange dauert die Syphilis? kann, wie mit K. wohl alle Autoren übereinstimmen, niemals in absolut positivem Sinne beantwortet werden. Immerhin erklärt er es für gerechtfertigt, einen Patienten nach dreijähriger Behandlung zu entlassen, wenn er während des letzten Jahres keinerlei Symptome gezeigt hat, und mit der Weisung, vor Ablauf von zwei Jahren nicht zu heiraten. Neuerdings erscheint es angezeigt, die Patienten sechs Monate nach Aufhören der Behandlung und nach weiteren sechs Monaten bis zu einem Jahr noch einmal zur Vornahme der Wassermannschen Probe kommen zu lassen. Je nachdem dieselbe ausfällt, kann Patient als gesund betrachtet werden, oder er mufs auf zwei bis drei Monate die Behandlung wieder aufnehmen. Die gröfsten Dienste leistet die entsprechende Ausführung dieser Reaktion aber in Fällen von Syphilidophobie, wo Patient jeden Rückenschmerz, Ausschlag usw. auf frühere Syphilis zurückführt, immer wieder Quecksilber, Jod nehmen will u. a. m., während sie zur genauen prognostischen Bestimmung der Syphilis noch ihre Probe zu bestehen hat.

Dermatitis exfoliativa, mit Chinin behandelt, von W. H. Mook-St. Louis. Im Anschlufs an frühere (vier) Fälle von Dermatitis exfoliativa und zwei von Pityriasis rubra, die erfolgreich mit Chinin behandelt worden sind, berichtet M. über einen weiteren Fall ersterer Hautaffektion, die bei einer 63jährigen Frau fast die ganze Körperoberfläche betraf und mit heftigem Jucken, Haarausfall u. a. m. verbunden war. Es wurde Chinin. hydrochl. in der Dosis von 0,3, vier- bis fünfmal täglich, ohne besondere Lokalbehandlung gegeben, der Erfolg war ein aufserordentlich rascher: innerhalb eines Monats hat die profuse Abschilferung völlig aufgehört, das Ödem war verschwunden, Jucken trat nur mehr zeitweise auf, das Allgemeinbefinden war bedeutend gebessert. Sechs Wochen lang wurde dann mit Chinin ausgesetzt und während dieser Zeit Schilddrüsenextrakt gegeben. Bald trat ein Rückfall ein, Chinin, in obigen Dosen gegeben, brachte rasch wieder Besserung, und nach Umlauf von drei Monaten war das Leiden und blieb auch weiterhin völlig behoben; das Haar war gewachsen und so dicht wie je, Patientin hatte um 20 Pfund an Körpergewicht zugenommen.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1910. Heft 10.

Kann man den Tod der Leprabazillen innerhalb des menschlichen Organismus nachweisen? Von P. G. Unna. Unna bejaht diese Frage an der Hand zweier Fälle von Lepra, die nach einer sehr durchgreifenden Behandlung von allen ihren leprösen Symptomen geheilt sind, und für die U. endgültige und dauernde Heilung im Laufe der Jahre in Aussicht stellt. — Der Nachweis, dafs die Hansenschen Bazillen abgestorben sind, geschieht mit Hilfe der Victoria-Saffranin-Blaufärbung. An

drei, durch Biopsie gewonnenen Präparaten wird das allmähliche Absterben der Bazillen vorgeführt. Im ersten, bei Beginn der Behandlung entnommenen Präparat sind sie unverkennbar blau gefärbt und in grofser Menge vorhanden; im zweiten Präparat ist die Wirkung der Behandlung daran zu erkennen, dafs die Anzahl der Leprabazillen sehr vermindert ist, und dafs das Blau einen Übergang zum Gelb zeigt; im dritten Präparat sind die nur noch spärlich vorhandenen Bazillen rein gelb gefärbt — ein sicheres Zeichen ihres erfolgten Todes. — Den Rest der Abhandlung füllt eine Polemik gegen Terebinsky über den Wert dieser Methode aus.

Das elastische Netz der Wand der Schweifsdrüsen, von J. Nicolas und M. Favre. Die Verfasser beschreiben eine feine netzförmige Membran rings um die Schweifsdrüsenkanäle, die in das Corpus vitreum eingebettet ist. Diese elastische Membran gehört nicht, wie man einwenden möchte, zum elastischen Gewebe der Cutis; sie hat vielmehr ihre besondere Biologie. Das beweist ein Fall von tertiärer Syphilis, bei dem Schweifsdrüsen in einem entzündlichen Gewebe eingebettet lagen; hier waren infolge der Entzündung alle elastischen Fasern des Gewebes zerstört, die elastische Membran um die Schweifsdrüsenkanäle jedoch erhalten. — Die Verfasser haben in französischen Lehrbüchern noch keine hierauf hinzielende Bemerkung gefunden; in dem Handbuch von Fick und Ehrmann jedoch werde diese elastische Membran erwähnt.

Über einige Punkte der pathologischen Anatomie des Lichen planus Wilson, von R. Sabouraud. Durch zahlreiche mikroskopische Untersuchungen ist S. zu der Ansicht gelangt, dafs der Lichen planus Wilson gar keine Erkrankung der Epidermis darstellt, sondern seinen Sitz im Papillarkörper hat. In den einzelnen Papillen entwickelt sich ein Infiltrat mononukleärer Zellen; dadurch werden die einzelnen Papillen vergröfsert, die interpapillären Räume zum Teil ausgeglichen und es bilden sich subepidermale Knötchen, die die Papeln darstellen. Durch ihr Wachstum werden die basalen Epidermisschichten gelockert, und es kommt nun zwischen den einzelnen Schichten zu kleinen serösen Ergüssen, die meistens abgekapselt bleiben, vereinzelt aber auch zu gröfseren Tropfen zusammenfliefsen können. Gleichzeitig mit der Lockerung der Epidermisschichten werden aber auch Gruppen von Epidermiszellen aus ihrem Zusammenhang gerissen, geraten in das Infiltrat der Papel und bleiben hier unverändert liegen oder erscheinen in Riesenzellen und in polynukleäre Zoster-ähnliche Zellen umgewandelt. —

Pulsierende Hauttumoren von peritheliomatösem Bau, von R. Brandeis und Pouget. Die 68jährige Patientin kam mit Hauttumoren zur Aufnahme, deren einer am rechten Daumen safs und sichtlich pulsierte; für die andern, in der Kopfhaut und am Gesäfs sitzenden Tumoren war die Pulsation nur durch das Tastgefühl nachweisbar. Aus der Vorgeschichte der Patientin ist zu erwähnen, dafs sie vor einiger Zeit ohne nennenswerte Beschwerden blutigen Urin gelassen hatte. Die Daumengeschwulst war sehr schmerzhaft und führte zur Exartikulation des Daumens; die Tumoren am Kopf und Gesäfs wurden ausgeschnitten und Patientin schliefslich entlassen. Sie kam aber nach einigen Monaten mit einem heftigen Schmerz im ganzen linken Oberschenkel wieder in die Klinik. Man glaubte anfangs eine Ischias vor sich zu haben, während eines heftigen Hustenanfalles stellte sich ein Bruch im oberen Drittel des linken Femur ein. Verband, Decubitus, die Angehörigen nehmen die Patientin nach Hause, wo sie bald darauf stirbt.

Nach dem klinischen Befund sowohl wie nach der histologischen Untersuchung der exstirpierten Tumoren nehmen die Verfasser an, es habe sich in diesem Fall um einen primären Tumor der Niere mit Metastasen in Haut und Knochen (linker Oberschenkel) gehandelt. Die Neubildung in der Niere bestimmen sie nach den mikroskopischen Bildern als eine Angiosarkomatose von perithelialem Bau.

Radiodermitis ulcerosa areata: Exstirpation der Geschwulstfläche, von POUGET und NANCEL-POSSARD. Ein junger Mann hatte sich in einer Unfallsache an einem Tage fünf Röntgenaufnahmen seiner rechten Brustseite von je 10 Minuten Dauer, und am nächsten Tage zwei Aufnahmen von je 5 Minuten Dauer machen lassen. Die Folge davon war eine Radiodermitis, die schliefslich zu einer Geschwürsfläche von 8 cm Länge und 4 cm Breite führte, und die den Patienten durch heftige Schmerzen sehr belästigte, aber keine Neigung zur Heilung zeigte; diese wurde erst durch Exstirpation des Geschwürs und Vernähen der Wundränder herbeigeführt. Die Verfasser geben zum Schlufs eine ausführliche mikroskopische Beschreibung des ausgeschnittenen Lappens. *Türkheim-Hamburg.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XIV, Nr. 10.

Warnung vor dem diagnostischen Wert der WASSERMANNschen Syphilisreaktion, von ALBERT FREUDENBERG-Berlin. F. zeigt an der Hand eines Falles von Ulcera mollia die Verschiedenheit im Ausfall der Blutuntersuchung und warnt davor, die Diagnose lediglich nach der Serumreaktion zu stellen. In erster Reihe sollen immer die klinischen Symptome die Diagnose sichern.

Schönheit und Erziehung beim Weibe, von Major R. W. SHUFELDT-Washington.

Ulcus molle beim Manne, behandelt vom praktischen Arzte, von AXEL GRAFSTROM-New York.

Ein Fall von Erythema nodosum, von CLARA M. DAVIS-Lansing. Kasuistik.

Ein Fall von Gumma der Tuba Eustachii und des Trommelfells, von CHARLES M. ROBERTSON-Chicago. Krankheitsbericht.

Die Häufigkeit des Auftretens von Intertrigo bei Kindern armer Leute, von LOUIS BUCKLE-New York.

Akute Cystitis und ihre Behandlung, von MURRAY B. MCGONIGLE-Toledo, Ohio. Nichts Neues.

Die Behandlung der Blennorrhoea anterior acuta, von H. E. STROUD-Los Angeles. Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band II, Heft 19 und 20.

1. **Fälle, geeignet zum kritischen und vergleichenden Studium der Ureterenkatheterisierung und der Trennung des Harns,** von F. CATHELIN-Paris. Kurzer Bericht über zwölf Fälle von Nierenerkrankungen (acht Fälle von einseitiger Nierentuberkulose, zwei Fälle von Nierencarcinom, je ein Fall von Hydronephrose und von Nierenstein), in denen die Katheterisierung der Ureteren unmöglich war, während die intravesikale Trennung des Harns sehr leicht und gut gelang. In allen zwölf Fällen wurde auf Grund des Untersuchungsergebnisses eine Nephrektomie vorgenommen, der Befund bewies, dafs die Harnseparation absolut vollkommen gewesen ist. — Die Katheterisierung der Ureteren ist nicht ausführbar: 1. wenn die Kapazität der Blase zu klein ist, 2. wenn die Ureterenmündungen infolge von Veränderungen der Blasenschleimhaut nicht sichtbar sind, 3. wenn der Katheter wegen eines Hindernisses nicht weit genug in den Ureter eindringen kann. Bei Nierentuberkulose macht sehr häufig, nach ALBARRAN in 30% der Fälle, eines dieser Momente die Ureterenkatheterisierung unmöglich, für die Trennung des Harns kommen sie alle drei nicht in Betracht.

2. **Endovesikale Trennung des Harns und Katheterisierung des Ureters,** von Georges Luys. L. weist nachdrücklich darauf hin, daſs eine Garantie für richtige und sichere Funktion des Harnseparators nur dann gegeben ist, wenn: 1. der Kranke aufrecht sitzt und in dieser Stellung gut fixiert ist, wenn 2. der gekrümmte Teil des Instruments sich vollständig in der Blase befindet und sich fest an den Blasenboden anlegt, was beim Mann vom Rektum, beim Weibe von der Vagina aus kontrolliert werden kann, und wenn 3. die Ausstoſsung des Harns durch die beiden Katheter zumeist abwechselnd, nicht gleichzeitig erfolgt. Auſserdem muſs, wenn eine der beiden Nieren krank ist, die Untersuchung der beiden Harnportionen sehr beträchtliche Unterschiede ergeben; ist die Differenz in dem Gehalt an Harnstoff nicht sehr groſs, dann ist eine zweite und selbst eine dritte Separation nötig, und gleichzeitig muſs auch die Methylenblau- oder die Indigokarmin- oder die Phloridzinprobe oder die experimentelle Polyurie zur Prüfung mit herangezogen werden: nur wenn die Ergebnisse aller Untersuchungen im wesentlichen übereinstimmen, ist das Resultat wirklich zuverlässig. In den meist sehr ungünstig gelagerten Fällen, in denen die Ureterenkatheterisierung unmöglich ist, sind immer mehrere Trennungsproben zu machen und nur ein beträchtlicher Unterschied, nicht etwa eine Differenz von nur 3—4 g in der Harnmenge und in der Harnstoffausscheidung berechtigt zu einem Eingriff, speziell zu der bedeutungsvollen Nephrektomie. In Chloroformnarkose, die stets schwere Störungen der Nierenfunktion verursacht und die vertikale Stellung und Fixierung des Rumpfs unmöglich macht, darf die intravesikale Trennung des Harns nicht vorgenommen werden. Bei sehr empfindlicher Blase lassen sich die Schmerzen während der Einführung des Instruments durch eine leichte, ganz kurze Bromäthylnarkose beseitigen, in weniger schweren Fällen genügt eine Morphium- oder Skopolamininjektion, einmal hat sich B. mit gutem Erfolg der Rückenmarksanästhesie bedient. — Neben der Separation des Harns sollen nach Möglichkeit auch alle anderen Untersuchungsmethoden zur Anwendung kommen, sehr wichtig ist besonders die Cystoskopie, d. h. die Besichtigung der Ureterenmündungen.

3. **Über drei neue Fälle von Hufeisenniere. Betrachtungen über die Hydronephrose bei dieser Anomalie,** von E. Papin und E. Christian. (Heft 20.)

4. **Das Carcinom der Prostata. Analyse der in 111 Fällen gemachten klinischen, pathologisch-anatomischen und postoperativen Beobachtungen,** von Hampton Young-Baltimore. (Heft 19 und 20.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, 111 Fälle von Prostatacarcinom zu beobachten und zum groſsen Teile zu behandeln und anatomisch zu untersuchen, und schildert die Affektion in all den Einzelheiten, wie sie sich bei diesem reichen Material darboten.

Der Anschauung Albarrans, daſs das Prostatacarcinom zumeist die maligne Umwandlung einer einfachen Hypertrophie der Prostata, eines Prostataadenoms darstellt, vermag der Verfasser auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse nicht zuzustimmen. Wohl können auch hypertrophische Prostatalappen carcinomatös erkranken, doch handelt es sich dabei stets um Übergreifen der Neubildung von einem primären, in nicht hypertrophischem Gewebe, subkapsulären Herde aus; die von Albarran beschriebenen „adenoiden Epitheliome" der Prostata waren anscheinend nicht maligner Natur.

Während bisher eine radikale, zudauernde Beseitigung des Prostatacarcinoms wohl allgemein für unmöglich gehalten wurde, läſst sich nach den Erfahrungen des Verfassers durch Entfernung der Prostata samt den Samenblasen, den vorderen zwei Dritteln des Trigonums und einem ungefähr 5 cm langen Stück der Vasa deferentia wirkliche Heilung erzielen.

Aus seinen 111 Beobachtungen zieht der Verfasser folgende Schlüsse:

Das Prostatacarcinom ist viel häufiger als im allgemeinen angenommen wird; man findet es in 20% der Fälle, in denen das Volumen der Prostata vergrößert ist. Unter 500 Fällen von Behinderung des Harnflusses waren 100 durch Prostatacarcinom, 400 durch einfache Prostatahypertrophie bedingt.

Die Symptome sind im allgemeinen die gleichen wie bei der Hypertrophie; doch ist der lokale oder ausstrahlende Schmerz, der oft andere Affektionen (Nieren-, Rückenmarks-, Ischiadikuserkrankungen) vortäuscht, sehr oft die hauptsächliche Erscheinung.

Sowohl in einer gesunden wie in einer chronisch entzündeten und in einer hypertrophischen Prostata kann sich ein Carcinom bilden; es beginnt mit der Entstehung eines kleinen Knotens, der aber, wenn es sich um eine hypertrophische Prostata handelt, regelmäßig an einer nicht hypertrophischen Stelle, zumeist in der hinteren subkapsulären Partie hinter den hypertrophischen Seitenlappen seinen Sitz hat.

Das Prostatacarcinom bleibt lange im Innern der Lappen lokalisiert, Urethra, Blase und hintere Kapsel widerstehen lange Zeit der Erkrankung. Die Erkrankung der periprostatischen Gewebe beginnt im allgemeinen längst der Ductus ejaculatorii in dem Raum oberhalb der Prostata zwischen den Samenblasen und der Harnblase oberhalb der Aponeurose. Von da aus greift die Erkrankung allmählich auf die untere Fläche des Trigonums und auf die in den Wandungen des Beckens mündenden Lymphgefäße über, die Drüsen im Becken erkranken erst spät, die Knochen werden häufiger von ihnen befallen.

Bei Schmerzen in der Prostatagegend und bei Störungen der Harnentleerung sind stets Prostata und Samenblase zu untersuchen; findet man eine harte Prostata oder auch nur einen festen Knoten in der Prostata, dann ist der Verdacht auf Carcinom gegeben, besonders wenn niemals eine Prostatitis da war und kein hypertrophischer, in die Blase vorspringender Prostatalappen vorhanden ist.

In solchen Fällen muß auch bei geringfügigen Krankheitserscheinungen eine Probeoperation vorgenommen werden. Genügt das Aussehen der hinteren Fläche der Prostata allein nicht, um die Diagnose sicher zu stellen, dann werden aus den Seitenlappen kleine Stücke entnommen und sofort mikroskopisch untersucht; sind die Veränderungen carcinomatöser Natur, so wird nach Kauterisierung der Schnittflächen die Radikaloperation ausgeführt.

Wirkliche Heilung kann nur durch methodische Exzision der Prostata samt den Samenblasen, der Vasa deferentia und den vorderen zwei Dritteln des Trigonums erzielt werden. Die Operation ist weder schwierig noch gefährlich und hat in einem Falle radikale, seit fünf Jahren bestehende Heilung zur Folge gehabt.

Wenn die Krankheit schon zu weit vorgeschritten ist und die Harnentleerungen erschwert sind, muß sich der Patient häufig katheterisieren. Ist die Katheterisierung schwierig oder schmerzhaft, dann ist eine Palliativoperation angezeigt, und zwar die suprapubische Cystostomie oder die konservative, partielle perineale Prostatektomie, durch die Harnstörungen und Blasenschmerzen rasch beseitigt werden.

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis der Unschuldigen (Syphilis insontium), von Oscar Scheuer. (Verlag von Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1910.) Die Fälle neuer Tatsachen, vor welche die Erforschung der Syphilis im Laufe der letzten Jahre sich gestellt weifs, läfst immer und immer wieder betonen, dafs das Studium der Krankheit und der Unterricht in ihr die reine Klinik vor der Hand noch als Eck- und Leitstein betrachten mufs. Referent hat oft genug betont, dafs es geradezu trivial ist, einen klinisch noch so einwandfreien Primäraffekt abzulehnen, weil der Nachweis der Spirochaeta pallida nicht gelungen ist. Einen Ehekonsens zu verweigern, weil trotz intensiver Behandlung und jahrzehntelangen Fehlen von Erscheinungen die Wassermannsche Reaktion noch positiv ist, ist ebenso wenig angängig. Von der prognostischen und klinischen Bedeutung der Reaktion wissen wir noch zu wenig; ihr diagnostischer Wert soll nicht berührt werden.

Dieses vorausschickend und auf ihm sich stützend, darf Referent mit besonderer Freude Scheuers durch Gründlichkeit, intensive Sachkunde, ruhige und sichere Darstellung sich auszeichnende Monographie zur Anzeige bringen.

Die „Syphilis der Unschuldigen" definiert der Autor des genaueren. Das Wort „extragenital" als nicht erschöpfend vermeidet er gern aus allerlei Gründen. Die Summe von 5679 extragenitalen Schankern ist es, über welche der Autor berichtet. Die Jahre 1892—96 sind in der Literaturzusammenstellung nicht berücksichtigt, weil gröfsere Arbeiten in gleicher Richtung diesen Zeitraum zum Mittelpunkt haben, ebenso sind Fourniers 1124 Fälle nicht mit aufgenommen worden.

Aus sozial-praktischem, die Geschlechtskrankheiten eindämmenwollendem Interesse sind Scheuers Bestrebungen erstanden.

Nach allen möglichen klinischen, hygienischen, sozialen und anderen Gesichtspunkten ist das Material von Scheuer gesichtet worden. Von besonderem Interesse ist die Erörterung der Frage, ob die extragenital akquirierte Lues klinisch schwerer verläuft, was so oft behauptet ist.

Scheuers Statistik bedeutet eine Bereicherung unseres rein klinischen Wissens der schrecklichen und dabei so interessanten Krankheit.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates. (Verlag von S. Karger. Berlin. 1910.) Von diesem von M. Nitze und S. Jacoby begründeten Werke liegt der fünfte Jahrgang vor, der über das Jahr 1909 berichtet. Das Kapitel Physiologie fand seinen Referenten in R. du Bois-Reymond-Berlin; die Anatomie bearbeiteten Geissler-Neu-Ruppin und Bruno Glaserfeld-Berlin. Für die Abteilung Pathologie und Therapie referierten Karewski und Ernst Markuse, P. F. Richter, N. Meyer-Berlin, O. Simon-Karlsruhe, v. Notthafft-München, H. Wossidlo, Albert Moll-Berlin. Die Harnchemie behandelt Siegfried Rosenberg-Berlin, die Bakteriologie J. Citron-Berlin. Über die Erkrankungen des Urogenitalapparates der Haustiere erstatten R. Eberlein und E. Silbersiepe-Berlin das Referat. Das Sach- und Namenregister wurde von Hugo Lessersohn-Berlin zusammengestellt.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Weitere Berichte über die Wirkung von Ehrlich-Hatas Präparat Nr. 606.

Die Wassermannsche Reaktion bei Behandlung der Syphilis mit Arsenobenzol, von Tuschinsky. (*Rufski Wratsch.* 1910. Nr. 33.) Mehrfache Blutuntersuchungen von T. bei 16 der von Iversen mit Arsenobenzol behandelten Kranken ergaben, dafs in einem Fall die Reaktion zwischen dem 8. und 14. Tage, im zweiten zwischen dem 17. und 24. Tage, im dritten zwischen dem 25. und 35. Tage, im vierten und fünften zwischen dem 35. und 45. Tage und im sechsten und siebenten Falle zwischen dem 45. und 55. Tage negativ wurde. In einem dieser Fälle wurde die Reaktion aber später wieder positiv. In zwei Fällen war sie vor der Injektion negativ und blieb es, in zwei anderen wurde die positive Reaktion einige Zeit nach der Injektion noch stärker und im Rest der Fälle blieb sie nach der Injektion positiv, wie vor der Einspritzung. *Arthur Jordan-Moskau.*

I. **Die Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlichschen Präparat 606,** von Iversen. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 29.)

II. **Zur Frage der Chemotherapie und des Ehrlichschen Präparates 606. Die Wirkung dieses Präparates bei Syphilis,** von Hausmann. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 33.)

III. **Seltener Fall von Initialsklerose der Conjunctiva des oberen Lides und seine Behandlung mit dem neuen antisyphilitischen Mittel von Ehrlich-Hata,** von Snitowski. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 34.) Iversen, welcher als erster in Rufsland „606“ bei Rekurrens und später bei Malaria intravenös anwandte, berichtet jetzt auch über Versuche bei Lues. Er hat das Ehrlichsche Mittel in einer ganzen Reihe von schweren Luesfällen, gleichfalls intravenös, aber auch subcutan mit gutem Erfolg injiziert. Seiner Erfahrung nach kommt man mit 0,4 nicht immer zum Ziel, so dafs er die Dosis auf 0,7 und 0,8 erhöhen mufste. Er empfiehlt zuerst in die Vene einzuspritzen 0,4—0,5 und nach 48 Stunden noch in die Glutäen 0,3 Arsenobenzol.

Hausmann hat in zwei Fällen von pustulösem Syphilid mit grofsem Erfolg 606 in die Vene eingespritzt und rät zu intravenösen Injektionen.

Snitowski spritzte in einem Fall von Primäraffekt des Oberlides 0,4 subcutan ein und erzielte ein glänzendes Resultat. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ehrlichs neues Arsenpräparat 606 in der Behandlung der Syphilis, von J. Dumont. (*Presse méd.* 1910. Nr. 67.) Der Autor glaubt, dafs die Erfahrungen mit 606 noch zu jungen Datums sind, um ein definitives Urteil abgeben zu können. Er beschreibt die Zubereitung des Mittels zur Injektion, die Injektion selber und die unmittelbaren Folgen derselben. Was die Toxizität anbetrifft, so geht er besonders auf den von Iversen beschriebenen Fall einer hysterischen Alkoholikerin ein, welche acht Tage nach der Injektion an akuter Nephritis, Leberverfettung und Myokarditis mit Arteriosklerose starb, und wirft Iversen vor, dafs er verschweigt, welcher Anteil am Tode dem Alkohol und welcher dem Arsen zukommt.

Jedenfalls übt das Mittel einen unzweifelhaften Einfluſs auf die Spirochäten aus. Aber ob es wirklich gefahrlos ist, läſst sich bis zur Stunde nicht sagen; denn da doch nach den meisten Injektionen unzweifelhaft toxische Erscheinungen auftreten (Fieber, Nausea, Pulsarythmie, Erytheme), so ist es nicht unmöglich, daſs spätere Publikationen schwerere Intoxikationserscheinungen melden werden. *Gunsett-Straſsburg.*

Bericht über die Heilerfolge mit dem Ehrlichschen Mittel, von A. Havas-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 35.) Verfasser behandelte 21 gut ausgewählte Fälle von Ulcus lueticum primarium, Ulcus lueticum phagedenicum, Roseola, Papula syphilitica (recens und recidivans), Pustulosis syphilitica, gummöses, ulceröses und schlieſslich malignes Syphilid. In allen Fällen wurde die Wassermannsche Probe vorgenommen, und wo es die Umstände gestatteten, auch die Spirochätenuntersuchung. Das Mittel wurde anfangs intraglutaeos injiciert, immer nur auf der einen Seite, damit der Patient auf der andern liegen könne. Später wurde die Injektion zwischen den Schultern vorgenommen. Die stets auftretenden Schmerzen erstreckten sich auf die entsprechenden bekannten Stellen. Die Patienten waren sozusagen gliederlahm, die Schmerzen entsprachen denen bei Ischias und hielten nicht nur Tage, sondern auch Wochen lang an. Nach Anwendung von Morphium oder Pyramidon waren sie milder. Bei den jetzt zur Anwendung kommenden intra- und infrascapularen Injektionen sind die Schmerzen geringer, von kürzerer Dauer und die Patienten sind nicht ans Bett gebunden. Die durch die Einspritzungen hervorgerufenen Entzündungen sind bei intrascapularen Einspritzungen entschieden stärker ausgeprägt und äuſsern sich in stärkeren Infiltrationen. Das Fieber hielt sich in den bekannten Grenzen. In zwei Fällen stellte sich kurz anhaltendes kollapsartiges Symptom ein. In einem Falle beobachtete Verfasser nach der Injektion am zweiten Tage Arsenvergiftungssymptome, Unwohlsein und Brechreiz. In zwei Fällen folgte der Anwendung des Medikamentes ein Hautausschlag: bei einem Mädchen auf der Beugeseite beider Unterarme in der Form eines Erythema diffusum mit zweitägiger Dauer, und bei einem Manne in Begleitung von sehr hohem Fieber (39,8° in Form einer sich auf die ganze Haut erstreckenden scharlachartigen Röte, die am vierten Tage plötzlich verschwand. Die Haut desquamierte nicht nach Verschwinden des Ausschlags. In zwei Fällen trat einen halben oder einen ganzen Tag lang auch Harnretention auf, so daſs der Urin mit Katheter entfernt werden muſste. Diese Harnverhaltung schreibt Verfasser dem Umstande zu, daſs die Patienten, um die Schmerzen beim Aufstehen zu vermeiden, den Urin lieber zurückgehalten haben. Infolge dessen war die Harnblase bedeutend erweitert, die Wand dünn, wodurch die Treibkraft der Detrusoren abgenommen hat, andererseits war der Sphincter vesicae krampfhaft kontrahiert. So war das Austreiben des Harns aus der Blase erschwert oder unmöglich. Demgegenüber übte das Mittel auf die Spirochäten sehr rasch eine Wirkung aus. Die Wassermannsche Serodiagnose war in den meisten Fällen nach zehn bis elf Tagen negativ. Sehr auffallend war die rasch eingetretene Epithelbildung. Bei erosivem Syphilid trat Epithelbildung in zwei bis vier Tagen auf. Sehr rasch trat die Wirkung auch ein bei Sklerose, bei Bubo regionarius, Ödema indurativum und auch bei Phagedaenismus, bei syphilitischem Schanker. Überraschend war ferner die Wirkung auf ulceröse Syphilide, solche zeigten schon zwei bis drei Tage später schöne rote Granulationen. Malignes Syphilid wechselte von einem Tag auf den andern das Krankenbild. Ein Patient hat in drei Wochen um 6 kg zugenommen. Eine auffallende Erscheinung ist namentlich bei dem papulösen Syphilid die dunkle Pigmentation, die zurückbleibt, und die stark ausgeprägte Atrophie der Haut auf dem Sitze der Papeln. Adenopathia universalis kann ständig nach dem Verschwinden der Hauptsymptome beobachtet werden. In zwei Fällen von maligner Syphilis beobachtete Verfasser etwa vier

Wochen nach der Einspritzung Rückfälle. Die von EHRLICH geforderte Therapia sterilisans magna ist noch nicht erreicht worden. Das Heilen der Symptome hat scheinbar zwei bis drei Tage pausiert und ist dann, sozusagen sprungartig, einige Tage rascher fortgeschritten. Bei einem anderen Rückfalle wollte Verfasser keine neue Injektion machen und gab ihm eine Sublimatinjektion. Sonderbar war, daſs dieselbe Dosis Sublimat, die früher ganz wirkungslos war, jetzt nach Anwendung des EHRLICHschen Mittels ganz auffällig auf die syphilitischen Ulcerationen einwirkte. Nach den bisherigen Erfahrungen des Verfassers übt das Medikament eine entschiedene, sichere und auffallende Wirkung aus auf die syphilitischen Symptome, wie sie noch bei keinerlei Heilverfahren beobachtet worden ist. Am glänzendsten bewährte es sich bei malignem ulcerösen und errosiven Syphilid. Von mathematischer Sicherheit ist auch die Wirkung auf Spirochäten. Entschieden und verhältnismäſsig rasch beeinfluſst es die WASSERMANNsche Serodiagnose. Folglich ist das EHRLICHsche Mittel nicht nur ein gutes drittes Medikament, neben Quecksilber und Jod, sondern hat gegen beide den groſsen Vorteil, daſs es auch bei einmaliger Anwendung mit auffallender Geschwindigkeit heilend wirkt. Die Spirochäten des Schankers tötet es rasch und führt die des Epithels beraubten Geschwüre zur raschen Überhäutung. Es ist in erster Reihe angezeigt als Vorbeugungskur im Beginne der syphilitischen Ansteckung. *Porosz-Budapest.*

Zur Behandlung der Syphilis mit EHRLICHs Präparat „606“, von GURWITSCH und BORMANN. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 35.) Auf Grund von freilich nur zehn eigenen Beobachtungen sprechen sich G. und B. dahin aus, daſs das Arsenobenzol ein für die Syphilis spezifisches Mittel ist, welches in therapeutischer Hinsicht dem Quecksilber überlegen ist, weil es ganz vorzüglich bei Syphilis maligna und schneller als Quecksilber bei den geschwürigen Prozessen wirkt, ohne von irgend welchen schädlichen Nebenwirkungen begleitet zu werden. Das Allgemeinbefinden bessert sich zusehends und das subjektive Gefühl der Kranken hebt sich. Die Technik der Verarbeitung des Präparates bedarf noch Verbesserungen, zumal da es bei dem therapeutischen Effekt sehr auf die Mittel der Einspritzung ankommt. Eine groſse Rolle spielt auch die Dosis. *Arthur Jordan-Moskau.*

Diskussion zum Vortrag: Über das neue EHRLICHsche Syphilisheilmittel, von A. NEISSER. (Med. Sektion der schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.)

HARTUNG vermiſste das verblüffende Zurückgehen von papulösen Infiltrationen. Der Einfluſs auf das Allgemeinbefinden war meist sehr gut, besonders auffallend der Erfolg bei Lues maligna. Die WASSERMANNsche Reaktion ist bei allen Kranken noch positiv.

BONHÖFFER beobachtete bei einem Fall von spinaler Lues (Paraparese beider unteren Extremitäten mit deutlichem Prädilektionstypus) sehr starke Schmerzen von dreitägiger Dauer, eine vollständige Blasenlähmung und eine vollständige Parese der linken unteren Extremität, an der vorher geringe Bewegungen möglich waren. Bei einem beginnenden Paralytiker trat zwei Stunden nach der Injektion Temperatursteigerung auf 39,4 und ein schwerer epileptischer Anfall mit residuärer linksseitiger Hemianopsie, grober Sensibilitätsstörung des linken Arms und linksseitiger Tastlähmung auf.

UHTHOFF berichtet über drei Fälle von Keratitis parenchymatosa. In allen Fällen war ein sistierender Einfluſs auf den Prozeſs nicht zu konstatieren.

Arthur Schucht-Danzig.

Über eine vereinfachte Injektionsmethode des EHRLICHschen Präparates, von RICHARD VOLK. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) Nach Vorschrift des

Verfassers wird das Präparat in einem sterilen Porzellanmörser entleert und zunächst völlig trocken verrieben. Dann wird ein wenig steriles Paraffinum liquidum oder Oleum olivarum sterilisatum zugegeben und unter leichtem Drucke verrieben. Durch weiteren Zusatz von 5—8 ccm Paraffinöl erhält man eine feine Emulsion, welche dann subkutan unter der Rückenhaut injiziert wird. Lösung, Neutralisierung usw. wird hierbei vollständig erspart. *Schourp-Danzig.*

Das Arsenobenzol (Präparat 606 von Ehrlich-Hata) in der Behandlung der Syphilis, von Ad. Bayet-Brüssel. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 35.) Bayet-Brüssel hat mit dem ihm von Ehrlich zur Verfügung gestellten Quantum Versuche angestellt, deren Resultate er in einer späteren Arbeit publizieren wird. Im vorliegenden Aufsatz gibt er nur eine Orientierung über den gegenwärtigen Stand der Frage aus der Literatur. Er erkennt die mit dem Mittel erzielten Resultate, besonders was Schnelligkeit der Wirkung, Beeinflussung tertiärer und maligner Fälle anbetrifft, voll an, möchte aber die Frage, ob durch 606 die Syphilis definitiv geheilt wird, erst dann beantworten, wenn die jahrelangen Untersuchungen und Erfahrungen, wie sie für Quecksilber und Jod nötig waren, auch für das Arsenobenzol gemacht sind. Er spricht sogar die Befüchtung aus, daſs die Gefahr des Tertiärwerdens der Syphilis eventuell jetzt mehr zu fürchten ist, weil notwendigerweise in vielen Fällen jetzt die bisherige chronisch intermittierende Behandlung zugunsten der Ehrlichschen Frühbehandlung vernachlässigt werden wird. *Gunsett-Straſsburg.*

Die klinische Wirkung des 606, von J. Sellei-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 36.) Beobachtungen von 12 Fällen, und zwar: 1. Sclerosis mit Roseola. Heilung der Sklerose in acht Tagen, der Roseola in 48 Stunden. 2. Plaques muqueuses in 48 Stunden Heilung. 3. Rupia syphilitica (refractär gegen Hg und Jod) am elften Tage Heilung. 4. Syphilis pustulosa et ulcerosa (seit drei Jahren unter Behandlung) in 24 Stunden Besserung, in acht Tagen Heilung. 5. Syphilis ulcerosa in zehn Tagen Heilung. 6. Periostitis gummosa ulcerosa; die Heilung geht eine Zeitlang rasch vorwärts, dann sehr langsam (Injektion nach Wechselmann). 7. Syphilis gummosa ulcerosa auffallende Besserung, doch die Granulation geht langsam vorwärts (Injektion Wechselmann), so daſs eine zweite Injektion versucht wurde. 8. Syphilis ulcerosa narium externa et interna: einige Stellen in zwei bis vier bis sechs Tagen geheilt. 9. Syphilis gummosa ulcerosa linguae et oris, Plaques; vollkommene Heilung in neun Tagen. 10. Ohne Symptome, dagegen positiver Wassermann; in zwölf Tagen wurde die Reaktion negativ. 11. Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberculosis mucosae oris ohne Wirkung. 12. Paralysis progressiva incipiens ohne Besserung. Der Verfasser meint, daſs die Schmerzen durch keine Modifikation zu vermeiden sind, nur zu lindern nach Wechselmann. Die Temperaturerhöhung ist auch eine ständige Folge, so daſs die Patienten zwei bis drei Tage im Bett gehalten werden müssen. Die Wirkung ist rapid, doch manchmal auch sehr langsam. Die Injektion ruft Leukocytose hervor. Die Wassermannsche Reaktion wird erst nach längerer Zeit negativ. Das 606 beschleunigt wunderbar die Granulation und Epithelproliferation. Der Verfasser meint, daſs alle unsere Erwartungen erfüllt worden sind.

Porosz-Budapest.

Meine Erfahrungen mit „Ehrlich 606“, von M. Mondschein-Stanislau. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Bericht von der Anwendung des Präparates in 25 Fällen. M. löst das Mittel nur in destilliertem Wasser unter Zusatz von Normalnatronlauge, und spritzt diese leicht trübe Aufschwemmung in die Glutaeen. Dadurch entstehen weder während der Injektion noch nachher nennenswerte Schmerzen, so daſs der Verfasser diese Methode — besonders für empfindliche Naturen — warm empfiehlt. *Schourp-Danzig.*

Bericht über Heilerfolge mit Ehrlich - Hata - Behandlung, von A. Torday-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság*. 1910. Nr. 36.) Verfasser behandelte 16 Patienten, darunter 2 an Tabes, 2 an schwerer Anämie, 1 an Leukämie, 1 an Lebergumma leidend. Die übrigen litten an schwerer Lues. Die Injektion erfolgte nach Wechselmanns Angaben. Zur Desinfektion der Haut benutzte Verfasser nach vorangegangener Waschung Jodtinktur. Nach der Einspritzung knetete er die Spritzstelle. Bei diesem Vorgehen bleiben oft die Schmerzen nach dem Einstechen aus. Bei den zwei Tabetikern trat nach der Einspritzung keine Veränderung in ihrem Zustande ein. Bei zwei Kranken, die an schwerer Anämie litten, nahm er die Einspritzung nicht wegen der Lues vor, sondern in der Hoffnung, daſs das Arsen rasch eine Besserung hervorrufen würde, aber seine Hoffnungen waren ganz trügerisch. Beim fünften Fall bestanden noch zwei Wochen nach der Injektion Lebergumma, die Gelenkschmerzen und die im luetischen Gliede hörten aber auf. Die Spritzstelle vereiterte, so daſs ein Einschnitt notwendig war. Ein an pustulösem Syphilid leidender Kranker, der 90 Quecksilbereinreibungen und Jodkalium ohne Erfolg bekommen hat, bekam 0,6 g vom Ehrlich-Hata-Präparat. Der Grind trocknete und fiel ab. Ein starker Trinker mit beginnenden Paralysissymptomen, serpiginösem Syphilid, wurde drei Jahre mit Quecksilber ohne Besserung behandelt. Der Ausschlag wurde nach Einspritzung blaſs und ging zurück. Ein 33jähriger Patient wurde seit einem halben Jahre mit Quecksilbereinreibungen, Sublimat- und Enesoleinspritzungen sowie mit Jodkalium innerlich behandelt. Er litt an Kopfschmerzen. Nach Unterbrechung der Behandlung sofortiger Rückfall. Auf dem Rachenbogen Geschwüre. Fünf Tage nach der Einspritzung heilten diese, die Kopfschmerzen hörten aber nicht auf. Ein 24jähriger Kranker mit papulomaculösen Flecken auf der inneren Handfläche und den Sohlen: Die Flecke trockneten und wurden blaſs. Ein 26jähriger Kranker mit papulösem Ausschlage: Nach der Einspritzung wurde der Ausschlag blasser, aber er hatte Schmerzen, so daſs er eine Pantoponeinspritzung bekommen muſste. Eine 35jährige Frau mit Leukämie, bei der die Milz über die Mittellinie nach rechts fünf Finger weit hervorragte. Rote Blutzellen 2730000, weiſse Blutzellen 310000, Hämoglobin 45%. Die Patientin bekam eine Arsenobenzolinjektion (0,40 g). Die Schmerzen wurden auf 1 g Aspirin milder. Zwei Tage später ist die Milz kleiner und weicher, die Knochenschmerzen hören auf. Die Patientin fühlt sich wohl. Eine Woche später: 3856000 rote, 296000 weiſse Blutzellen, 51% Hämoglobin. In keinem einzigen Falle war die Wassermannsche Reaktion negativ. Die Zählung der weiſsen Blutzellen wurde immer vorgenommen, und obgleich die Zahl der weiſsen Blutzellen mit dem Fieber und den Schmerzen stieg, war die Hyperleukocytosis niemals bedeutend (im Maximum 13000). *Porosz-Budapest.*

Meine Erfahrungen mit „Ehrlich 606“. Vorlaufige Mitteilung, von Moriz Ivanyi-Nagy-Buckerek. (*Wien. med. Wochensch.* 1910. Nr. 36.) Der Verfasser injizierte das Präparat in der Lösung nach Wechselmann in 84 Fällen mit sehr befriedigender Wirkung. *Schourp-Danzig.*

Die klinische Wirkung des Arsenobenzols (606), von J. Sellei - Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság*. 1910. Nr. 36.) Nach Verfassers Wahrnehmungen kann die Schmerzhaftigkeit, so auch die nach der Einspritzung auftretende Schwellung weder mit dem Wechselmannschen Verfahren, noch mit Emulsionen, noch anderen Methoden vermieden werden. Das Fieber kann mit keinerlei Verfahren unterdrückt werden. Nach der Einspritzung müssen die Kranken unbedingt 2 bis 3 Tage lang das Bett hüten. Diamidoarsenobenzol übt als Spezifikum bei den verschiedenen Symptomen und Formen der Syphilis eine bedeutende, oft verblüffende Wirkung aus, und steht, was die Art der Wirkung betrifft, über den bisherigen Antisyphiliticis. Die Wirkung des Mittels schwankt individuell, manchmal wirkt es mit rapider Geschwindigkeit,

ein anderes Mal stellt sich das Resultat nur langsam ein. Das Mittel ruft sehr starke Leukocytose hervor, die Wassermannsche Reaktion wird erst nach längerer Zeit negativ. Die Ausscheidung des Arsens hält lange an. In einem Falle konnte man noch fünf Wochen später Arsen nachweisen. Es kann aufsergewöhnlich starke Epithelproliferation, Granulation hervorrufen. Die Hoffnungen, die man an das Ehrlichsche Antisyphiliticum geknüpft hat, gingen wirklich in Erfüllung. *Porosz-Budapest.*

Das Arsenobenzol (Ehrlich 606) gegen luetische Augenleiden, von E. Grosz. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 37.) Der Zufall brachte es mit sich, dafs der erste Fall zur Behandlung überaus geeignet war: Ulcus durum conjunctivae. Überdies kamen zur Behandlung: Iritis luetica 3, Keratoiritis luetica 2, Scleritis luetica 1, Chorioretinitis luetica 2, Keratitis parenchymatosa e lue congenita 6, insgesamt 15 Fälle. Das Mittel ist auf die luetischen Leiden des Auges von hervorragend günstiger Wirkung. Besonders erfreulich war der Erfolg bei Iritis luetica und Keratitis parenchymatosa luetica. Letztere pflegt jeder Behandlung am längsten zu trotzen. Verfasser sah eine gute Wirkung nicht nur in den subjektiven Erscheinungen, sondern auch in dem Beginnen und der Beschleunigung der Klärung der Hornhaut.

Porosz-Budapest.

Patentschrift über das Ehrlich-Hatasche Präparat 606. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Abdruck der zur Erlangung des Patentes von den Farbwerken, vormals Meister, Lucius & Brüning in Höchst a. Main., beim Kaiserlichen Patentamt eingereichten Schrift über ein „Verfahren zur Darstellung von Aminoderivaten der Oxyarylarsinsäuren und deren Reduktionsprodukte“. *Götz-München.*

Die Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlichschen Präparat „606“, von Sarubin. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 1401.) Auf Grund der Literaturangaben, wie auch der Versuche, welche mit „606“ bei Lues in Charkow erzielt werden, sieht S. in „606“ ein spezifisches, alle bisherigen Mittel in seiner Wirkung übertreffendes Präparat, welches ungefährlich ist, aber über dessen Dauerwirkung sich noch nichts aussagen läfst. In Charkow wurden Rezidive in 22—28% beobachtet und nicht nur bei kleiner Dosis, sondern auch bei Anwendung von 0,6—0,7.

Arthur Jordan-Moskau.

Über Reinjektionen von Dioxydiamidoarsenobenzol, von Wechselmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Nachdem bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen mit Pemphigus auf Injektion von 0,03 Arsenobenzol Krankheitserscheinungen aufgetreten sind, die als Intoxikation durch den massenhaften Zerfall von Spirochäten zu deuten waren, hat W. in fünf anderen derartigen Fällen zuerst Dosen von 0,015—0,02 eingespritzt und die Injektion nach acht bis zwölf Tagen, und wenn die negativ gewordene Wassermannsche Reaktion wieder positiv wurde, später noch einmal wiederholt und damit Heilung erzielt. Er hat dann auch bei Erwachsenen mit verschiedenartigen und verschieden schweren luetischen Erscheinungen, die durch eine Injektion nicht vollständig beseitigt worden waren, oder, wie es in vier Fällen vorkam, ganz unbeeinflufst geblieben sind, nach einigen Wochen oder Monaten eine zweite Einspritzung vorgenommen, die dann den gewohnten Erfolg brachte.

Die nach Behandlung mit 606 auftretende Rezidive, die wesentlich seltener und im allgemeinen leichter sind als die Rezidive nach Quecksilberbehandlung, stellen oft wohl nur Herdrezidive dar, die dadurch entstehen, dafs die in Infiltrationsherden eingekapselten Spirochäten infolge von Erweichungsvorgängen frei werden; damit werden sie aber auch der Wirkung des im Blute kreisenden Arsenobenzols zugänglich gemacht. Über die Dosis von 0,5—0,6 bei Männern und 0,45 bei Frauen hinauszugehen, hält W. nicht für angezeigt; doch mufs eben in Ausnahmefällen eine zweite Injektion erfolgen. Diese kann schon nach acht Tagen gemacht werden, zweckmäfsiger aber wird

sie erst nach drei bis vier Wochen ausgeführt, weil dann die restierenden Herde für das Eindringen des Mittels besser vorbereitet sind.

In einzelnen Fällen von Primäraffekten sah W. nach Injektion von Arsenobenzol doch Exantheme auftreten; wahrscheinlich handelte es sich dabei um mangelhaftes Eindringen des Präparates in die derben Infiltrate, möglicherweise allerdings auch um biologische Spirochätenformen, die durch 606 nicht angreifbar sind.

Götz-München.

Der Einfluſs ungenügender Dosen von „606" bei Tierversuchen im Zusammenhang mit den Grundlagen der Chemotherapie, von Margulies. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 1479.) Die Ärztin M. schlieſst ihre interessanten Auseinandersetzungen über Tierversuche mit „606" mit folgenden Worten:

1. Die Tryapnosomen gewöhnen sich auſserordentlich schnell an „606", weshalb bei ihnen, wie Ehrlich zuerst gesagt hat, die Behandlung mit groſser Dosis, die sog. Therapia sterilisans magna, angewandt werden muſs.

2. Die Spirillen dagegen gewöhnen sich langsam an „606", weshalb diesen gegenüber, auſser der Therapie sterilisans magna, zuweilen auch die Therapia sterilisans fractionata angewandt werden kann.

3. Wiederholte Injektionen von „606" werden von den Tieren ohne jede besondere Empfindlichkeit und ohne kumulierende Wirkung vertragen, so daſs zu hoffen steht, daſs die auf zu kleine Dosen von „606" zurückzuführenden Rezidive auf wiederholte Injektionen ganz schwinden. *Arthur Jordan-Moskau.*

Arsenobenzol (Ehrlich 606) gegen syphilitische Augenleiden, von Emil v. Grósz-Budapest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Gr. hat Arsenobenzol bei verschiedenartigen luetischen Augenaffektionen, bei Ulcus durum coniunctivae, Iritis luetica, Kerato-Iritis luetica, Skleritis luetica, Chorioretinitis luetica und hereditärsyphilitischer Keratitis parenchymatosa mit vorzüglichem Erfolge angewandt, unangenehme Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet. Gr. injiziert nach der von Wechselmann angegebenen Methode. *Götz-München.*

Erfahrungen mit dem Präparate Ehrlich 606 in schweren Luesfällen, von Jakob Justus-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 37.) Verfasser veröffentlicht die Krankengeschichten von 17 Fällen (40 wurden behandelt): 1. Das plötzliche Absterben der Scrotum- und Penishaut wegen luetischer Thrombose; 2. Lues ulcerosa pharyngis; 3. Periostitis ossium frontis nasi, costarum et tibiarum; 4. Lues papulo-circinata faciei et antibrachii sin.; 5. Lues ulcerosa perforans palati duri, periostitides; 6. Gummata glandularum colli, periostitides, Morbus Basedowi; 7. Lues hereditaria tarda (Lues ulcerosa faciei, Periostitis gummosa sterni et inflammatio genus lationis sinistri); 8. Periostitis ossium nasi, sterni et costarum; 9. Paresis chordae vocalis e lue cerebri; 10. Lues maculopapulosa, intumescentia glandularum universalis; 11. Periostitides tibiae sin. et ulnae sin. Dolores osteocopi; 12. Lues laryngis partim ulcerosa; 13. Keratitis parenchymatosa e lue hereditaria tarda; 14. Keratitis parenchymatosa e lue acquisita; 15. Periostitis tibiarum, dolores osteocopi; 16. Paresis musculi abducentis oculi sin.; 17. Paresis nervi facialis dextri et abducentis oculi s., ptosis luetica s. Verfasser injizierte die von Ehrlich empfohlene ein wenig sauere Lösung in die Gesäſsmuskeln. Er beobachtete sehr heftige Schmerzen und hohes Fieber. Als er aber die Emulsion pünktlich neutral anfertigte, wurden die Schmerzen viel milder und Fieber stellte sich selten ein. Mehrere Patienten hatten überhaupt kein Fieber. An ein oder zwei Stellen injizierte er zwischen den Schulterblättern unter die Haut des Rückens. Der durch die Injektion verursachte Schmerz hört nach einer halben Stunde auf. Die Schmerzen stellten sich aber manchmal am zweiten oder dritten Tage wieder ein, manchmal klagten die Patienten auch viele Tage später noch über Schmerzen. An

der Injektionsstelle entsteht eine kleinere oder gröfsere Infiltration, über der die Haut manchmal blaurot wird. Eiterungen beobachtete Verfasser nicht. In zwei Fällen trat an der Infiltrationsstelle eine herpesartige Blasengruppe auf. Zweimal beobachtete er Exanthem, das den gröfsten Teil der Haut bedeckte, sich plötzlich einstellte, sich in Form einer aus Papeln oder stecknadelkopfgrofsen flachen Papeln zusammengeflossenen Röte zeigte und nach einigen Tagen spurlos verschwand. Von den für Arsen sprechenden sonstigen Wirkungen stellte sich zumeist Brechreiz ein, in zwei Fällen Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen. Auch Obstipation beobachtete Verfasser einigemale. Über Harnverhaltung klagte nur ein Patient, aber dieses schreibt Verfasser nicht dem Mittel zu. Mit Ausnahme des ersten Patienten haben alle Patienten von der Behandlung mit diesem Mittel gute Erfolge aufzuweisen gehabt. Um so höher mufs dies geschätzt werden, weil bei diesen ausgewählten schweren Fällen mit anderen Verfahren kein solches Resultat erzielt worden wäre. Zu dieser Behauptung berechtigt der Umstand, dafs mehrere Patienten früher schon einer eingehenden und langanhaltenden Kur, die teilweise oder im allgemeinen erfolglos war, unterzogen worden sind. Mehrere Patienten meldeten sich in einem Zustand, der nach allgemeiner Erfahrung durch Quecksilber- und Jodkuren sehr schwer zu heben ist. In dem gröfseren Teile dieser besonders schwierigen Fälle stellten sich die Symptome der Heilung so rasch ein, wie es früher nur ausnahmsweise der Fall war. Das Mittel heilt schwere Fälle rasch und sicher. Über die Dauer des Heilerfolges, über die Häufigkeit und Qualität der Rückfälle kann Verfasser noch kein Urteil abgeben. Noch viel weniger darüber, ob das Mittel irgendeine Wirkung auf die Verhinderung der sogenannten Parasyphilis hat.

Porosz-Budapest.

Das neue Ehrlichsche Mittel gegen Syphilis, Redaktionsartikel. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1910.) Der Artikel enthält einen Auszug aus einigen der neuesten Publikationen zu diesem Gegenstand. Gegenüber den sonst durchweg die gröfste Befriedigung äufsernden Stimmen mag erwähnt sein, dafs Bouchard in einer Mitteilung an die Académie des Sciences sich durchaus ablehnend verhält. Eine Kritik, wenn sie objektiv gehalten ist, kann nur durchaus willkommen sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

„606“, Redaktionsartikel. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1910.) Ohne ein endgültiges Urteil abgeben zu wollen, wird anerkannt, dafs Ehrlich durch seine systematische wissenschaftliche Forschung ein zweifellos sehr wertvolles Medikament hergestellt hat und vielleicht auch eine wirkliche Lösung der Frage von der intravitalen Sterilisierung in bezug auf Syphilis gegeben hat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Ehrlichsche Arsenobenzol (606), von J. Sellei-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 37.) Verfasser wendete es in 54 Fällen an, in verschiedenen Stadien der Syphilis. Seine Wirkung auf Spirochäten ist zweifellos. In vier Fällen untersuchte Verfasser das Serum von verschiedenen Ulcera dura — Reizserum — vor und nach der Einspritzung auf Spirochäten und fand, dafs sie nach zwei bis vier Tagen verschwunden waren und trotz sorgfältiger Untersuchung nicht mehr nachgewiesen werden konnten. Dies mufste mit der Untersuchung des durch Drüsenpunktion gewonnenen Sekrets ergänzt werden. Arsenobenzol kann als Spezifikum der Syphilis bezeichnet werden, das, was die Wirkung betrifft, über allen bisherigen Antisyphiliticis steht. Manchmal wirkt es mit rapider Schnelligkeit, manchmal aber stellt sich die Wirkung nur langsam ein. Arsenobenzol heilt die verschiedenen Symptome und Formen der Syphilis. Oft kann man an einem und demselben Individuum das Verschwinden des pathologischen Gewebes und die Bildung des normalen Gewebes, diesen wunderbaren Prozefs des Aufsaugens und der Regeneration sehen. Dieser Grad und diese Form der Regeneration konnte bei keinem Mittel beobachtet werden. Die Ursache der

Granulation liegt wahrscheinlich in dem Umstande, dafs unter der Wirkung des 606 beim Aufhören der Ursache der Gewebszerstörung man sozusagen einen aseptischen Gewebsmangel bekommt. Die parasitotropische Wirkung ist da am gröfsten, wo die Parasiten durch Quecksilber schon beeinflufst worden sind. Verfasser ist Anhänger der gemischten Behandlung, wenn die Wirkung des 606 nicht vollkommen ist, wenn also nach der ersten Einspritzung die WASSERMANNsche Reaktion lange positiv geblieben ist. Ob man Syphilis mit diesem Mittel endgültig heilen kann, darüber kann man sich selbstredend erst nach mehrjähriger Erfahrung äufsern. *Porosz-Budapest.*

Ein Ersatz des Quecksilbers (606), von ROBERTO CAMPANA. (*Riforma med.* 1910. Nr. 38.) CAMPANA hat das Mittel bis jetzt noch nicht angewandt und wartet, bis es im Handel zu haben ist. Er gibt hier lediglich einige Bemerkungen allgemeiner Art. So will er gerne anerkennen, dafs es EHRLICH gelungen ist, ein wirksames Desinfiziens des tierischen Körpers bei Syphilis ähnlichen Sporozoeninfektionen zu finden. Aber dafs diese experimentelle Desinfektion auch gerade die beim Menschen für Syphilis spezifische ist, möchte er bezweifeln. Er erkennt natürlich die von anderen Autoren beschriebenen Resultate an, glaubt aber nicht, dafs jemals von einem vollkommenen Ersatz des Quecksilbers durch 606 die Rede sein kann.

Gunsett-Strafsburg.

Das EHRLICH-HATA-Präparat 606, von M. GOURWITCH und S. BORMANN-Petersburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Die Verfasser haben mit Arsenobenzolbehandlung ebenso vorzügliche, zum Teil verblüffende Resultate erzielt wie andere Autoren, besonders auch bei Kranken, die vorher starke Quecksilberkuren ohne oder ohne genügenden Erfolg durchgemacht hatten. Unter den mitgeteilten Fällen bietet einer besonderes Interesse, in welchem die Nase zu einem grofsen, pilzförmigen, eitersezernierenden Geschwür umgewandelt war (Framboesia syphilitica); aufserdem fand sich im Gesicht ein ausgebreiteter, aus kleinen Knoten bestehender Ausschlag. Injektion von 0,3 Arsenobenzol brachte wesentliche Besserung, das Volumen der Nase verringerte sich um die Hälfte, die Knoten wurden flacher, Heilung trat jedoch nicht ein; ob die injizierte Dosis zu klein war oder ob eine Kombination von Lues und Lupus vorlag, konnte zurzeit nicht entschieden werden.

Schwerere toxische Nebenwirkungen haben die Verfasser nicht beobachtet. In einem Falle entstand nach der Injektion ein mehrere Stunden anhaltender Schwächezustand, an den sich Schmerzen in der Herzgegend und Beklemmung anschlossen; der Patient war nach einigen Tagen wieder hergestellt. Bei einem anderen Kranken enthielt der Harn, der vorher normal gewesen war, drei Tage nach der Einspritzung Spuren von Eiweifs und Zucker, die aber nach einer Woche wieder verschwanden. Bei einer Frau, die früher Quecksilberinjektionen in die Glutäen erhalten hatte, aber keine infiltrierten Knoten aufwies, bildeten sich nach der Arsenobenzolinjektion an den Stellen, an denen die Quecksilbereinspritzungen erfolgt waren, Infiltrate.

Götz-München.

Neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Syphilistherapie, von LEO HAUCK-Erlangen. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) H. hofft, dafs das neue EHRLICHsche Präparat das Antisyphilitikum der Zukunft sein wird.

Schourp-Danzig.

Beitrag zu den bisherigen Erfahrungen über „EHRLICH 606“ mit Hervorhebung einiger beachtenswerter Fälle, von H. ANSCHERLIK - Sarajewo. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Die von A. mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich auf ein Krankenmaterial von 45 Fällen. Die Resultate stehen in Übereinstimmung mit den von anderen Autoren gemeldeten Ergebnissen. Betreffs der Technik mag bemerkt werden, dafs die neutrale Lösung sich als am wenigsten schmerzhaft erwies,

und dafs die subcutane Injektion keinen Vorteil gegenüber der intramuskulären zu bieten schien. Als besonders bemerkenswert schildert Verfasser mit einigen Einzelheiten einen Fall von Mastdarmgeschwüren, einen Fall von luetischer Rachenaffektion und zwei Fälle von Augenleiden auf syphilitischer Basis, bei denen die Injektion über Erwarten günstige Wirkungen erzielte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über 20 mit EHRLICH-HATA 606 behandelte Syphilisfälle, von VICTOR REISNER-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1910. Nr. 39.) R. betont die aufserordentliche Heilkraft des Präparates beim Fehlen unangenehmer Nebenerscheinungen; er hebt den besonderen Nutzen für die Behandlung kranker Soldaten hervor, da die Leute bereits in acht Tagen als diensttauglich entlassen werden können.

Schourp-Danzig.

Zusammenfassender Bericht über 375 mit dem EHRLICH-HATAschen Präparate behandelte Fälle, von R. SIESKIND-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Die Beobachtungen SIESKINDS sind an der WECHSELMANNschen Klinik ausgeführt und zum Teil zu bereits erfolgten Publikationen verwertet worden. Neben einer Bestätigung von manchen schon allgemein bekannten Erfahrungen bringt die vorliegende Arbeit Meldung über Rezidive nach anscheinender Heilung. Trotz aller Bemühungen gelang es allerdings nur bei 35 Männern und 9 Frauen den Befund nach Ablauf von fünf Monaten zu kontrollieren; es wurde bei sieben Männern und bei einer Frau das Wiederauftreten luetischer Symptome konstatiert. Ob für diese Mifserfolge die vielleicht zu kleine Dosis (0,3—0,52) verantwortlich war, mufs der Entscheidung durch weitere Beobachtungen überlassen bleiben. Betreffs der Technik wird die subcutane Injektion einer neutralen Suspension, in geringer Flüssigkeitsmenge (ohne Verwendung von Methylalkohol und Phenolphtalein zubereitet) an der rechten Subskapulargegend empfohlen. Dieselbe verlief in vielen Fällen vollständig schmerzlos. Luetische Augenaffektionen (vier Fälle von Iritis papulosa usw.) bei Erwachsenen wurden günstig beeinflufst, weniger erfolgreich bei Kindern die Keratitis parenchymatosa der kongenitalen Lues. Von unerwünschten Wirkungen werden drei Peroneuslähmungen nach intramuskulärer Injektion gemeldet; Abscefsbildung erfolgte fünfmal; der Eiter war stets steril. Gelegentlich wurde zirkumskripte Nekrose konstatiert, was Verfasser auf ein versehentliches Zurücklassen von Injektionslösung im Einstichkanal beim Herausziehen der Spritze zurückführen möchte. Als vielleicht rationellste Behandlung der Syphilis betrachtet S. die Vernichtung des Primäraffektes durch ausgiebige sofortige Exzision oder durch Heifsluftkauterisieren nach HOLLÄNDER und eventuelle Injektion einer kleinen Menge „606“ in die Umgebung, worauf eine zweite Injektion mit voller Dosis in der üblichen Weise am Ende der zweiten Inkubationsperiode vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen zu folgen hätte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Erfahrungen bei syphilitischen, para- und metasyphilitischen Erkrankungen mit EHRLICH-HATA-Injektionen, von G. TREUPEL - Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) TR. gibt, nachdem er die verschiedenen Methoden der Arsenobenzolinjektionen geprüft hat, der subcutanen Injektion der neutralen Suspension nach BLASCHKO den Vorzug; für die allgemeine Praxis dürfte wohl die einfache KROMAYERsche Methode, Injektion in Form einer 10%igen Paraffinemulsion, am meisten zu empfehlen sein. Die intravenöse Injektion, nach der das Mittel schon im Verlaufe von vier Tagen ausgeschieden wird, ist da angezeigt, wo möglichst rasche Wirkung erwünscht ist, z. B. bei Hirnlues mit drohenden Lähmungserscheinungen; doch ist es zweckmäfsig, um eine längere Einwirkung zu erzielen, stets nur die Hälfte der Dosis (0,4—0,5) intravenös und die andere Hälfte (0,5—0,4) nach zwei Tagen subcutan zu injizieren. — BEISELE hat im Laboratorium TR.s gefunden,

dafs Arsenobenzol in Traubenzuckerlösung löslich und dafs die Lösung für einige Zeit haltbar ist; ob auf diese Weise wirklich haltbare Lösungen hergestellt werden können, mufs sich aber erst noch zeigen. — Reinjektionen sind nach Tr.s Anschauung statthaft, wenn mit der zweiten Injektion eine Gesamtdosis von 1,0—1,2 nicht überschritten wird. Auch als Einzeldosis wird 1,0 (—1,2) von kräftigen Menschen vertragen; nach Injektion ausreichender Dosen werden Reinjektionen wohl nur in Ausnahmsfällen nötig sein. — Herz- und Gefäfserkrankungen, Lungentuberkulose, Diabetes mellitus und Nephritis bilden nach den Erfahrungen Tr.s keine Kontraindikation gegen die Arsenobenzolbehandlung. In einem Falle von schwerster parenchymatöser Nephritis syphilitischer Natur mit beginnender Urämie gingen die urämischen Erscheinungen auf Injektion von 0,6 g prompt zurück, der Eiweifsgehalt des Harns sank, um aber, trotz einer zweiten Injektion von 0,4 g, wieder beträchtlich anzusteigen. Sehr gute Erfolge sah Tr. neuerdings bei Knochensyphilis und bei frischer Gehirnsyphilis; beginnende Tabes und beginnende Paralyse scheinen günstig beeinflufst zu werden; bei Tabes bessern sich die Sensibilitätsstörungen, der Gang wird sicherer, bei progressiver Paralyse wird gröfseres psychisches Gleichgewicht erreicht.

Götz-München.

Über den Einflufs des Ehrlich-Hataschen Mittels auf die Spirochäten bei kongenitaler Syphilis, von G. Herxheimer und F. Reinke. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Die Verfasser haben bei zwei hereditär-syphilitischen Kindern, die zwei bzw. vier Tage nach Injektion von 0,025, bzw. 0,04 Arsenobenzol zur Sektion gekommen waren, in keinem Organ aufser in den Lungen Syphilisspirochäten gefunden, in den Lungen aber nur Spirochäten im Zustande der Agglutination und höchstgradigen Degeneration und des völligen Zerfalls. Da gerade bei der kongenitalen Syphilis Spirochäten in ungeheuren Massen vorhanden zu sein pflegen, beweisen diese Beobachtungen die enorm spirochätentötende Wirkung des neuen Mittels.

Götz-München.

Über die intravenöse Einspritzung des Ehrlichschen Mittels „606“, von E. Schreiber-Magdeburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Verfasser hat das intravenöse Injektionsverfahren bereits bei 325 Patienten ausgeübt und abgesehen von den üblichen Reaktionserscheinungen mit Temperatursteigerung, die gelegentlich allerdings 40° oder sogar ein wenig mehr erreichte, keine unerwünschten Folgen beobachtet. Immerhin glaubt er, dafs dieser Modus wegen der technischen Subtilitäten für die Allgemeinheit zur Syphilisbehandlung nicht so sehr geeignet ist, während für Malaria und Rekurrens demselben der Vorzug gegeben werden mufs. In Bezug auf die ausführlich hier dargelegte Technik mag hervorgehoben werden, dafs Verfasser ohne Zusatz von Methylalkohol eine Lösung der nötigen Menge „606“ (für Männer 0,4, für Frauen 0,3) mit einem entsprechenden Quantum Normalnatriumlauge versetzt (0,7 ccm auf je 0,1 Substanz) in durchschnittlich 200 ccm sterilen Wassers verwendet und langsam einspritzt. Die Einverleibung ist aber in höchstens sechs Minuten beendet. Ein sehr nützlicher Handgriff ist es, die Spritze (Lüer) erst mit Kochsalzlösung zu füllen und bei noch festliegendem Abbindungsschlauch dieselbe zu injicieren. Falls die Kanüle nicht richtig im Lumen der Vene liegen sollte, erkennt man dies sofort mit Sicherheit an den auftretenden Infiltraten in der Umgebung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die klinische Wirkung des Ehrlichschen Diamidoarsenabenzols (606), von J. Sellei-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Die Erfahrungen Selleis beziehen sich auf 86 Fälle von Syphilis in verschiedenen Stadien und Formen. Nachteile ernsterer Art hatte er bei den Injektionen nicht zu beklagen. Er gab bei Männern in akuten Fällen 0,6, in chronischen 0,45 bis 0,5. Frauen erhielten 0,4 bis

0,45. Gelegentlich wurde auch eine zweite Injektion gegeben. Als zweckmäfsigste Methode, die Lösung zu bereiten, hat sich nach S.s Prfahrungen folgendes Verfahren bewährt: man löst das Mittel in 3 bis 4 ccm 1/10 Normalnatronlauge, prüft mit Lackmuspapier, gibt 3—6 Tropfen 15%ige Natronlauge zu und verreibt; zu der gallertartig werdenden Mischung gibt man nötigenfalls 1—2 ccm Wasser. Die Menge der neutral reagierenden Mischung beträgt nur 7—9 ccm. Die therapeutischen Resultate waren durchaus befriedigend. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Unsere bisherigen Erfahrungen mit dem Ehrlich Hataschen Arsenpräparat „606“, von G. Kügel und A. Ruete-Strafsburg i. E. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Der vorliegende Bericht bezieht sich auf Beobachtungen an 30 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien. Die günstige Wirkung des Mittels trat auch hierbei deutlich zu Tage, wenn auch bei einzelnen Fällen, vielleicht infolge einer geringen Dosierung (0,3—0,5), die Krankheit sich refraktär zeigte. Verfasser bevorzugen die subkutane Injektion, welche sie bei 20 ihrer Patienten anwandten. Die verabreichte Gabe variierte zwischen 0,3 und 0,6. In der Regel trat eine mit mäfsigem Fieber verbundene Reaktion ein: bei vier Kranken stieg dasselbe bis auf 39,50 was seine Erklärung zum Teil in der Malignität der syphilitischen Erkrankung, zum Teil in einer Komplikation mit Tuberkulose fand. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit dem Präparat von Professor Ehrlich, von Prof. Kulnew und Dowbernikowa. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 39.) Im Laufe der letzten 2½ Monate haben K. und D. das Ehrlichsche Präparat „606“ bei 7 Kranken mit primärer Lues, bei 28 Personen mit sekundärer, 22 Personen mit tertiärer Lues, 1 Person mit Pseudoparalyse, 1 Person mit Pityriasis rubra pilaris Devergie und bei einem Brustkinde durch Einspritzung der gesunden Mutter angewandt. Sie überzeugten sich dabei, dafs das Präparat in allen drei Stadien der Krankheit spezifisch wirkt, aber von ganz besonders guter Wirkung auf die Schleimhautpapeln wie auf die tertiäre Syphilis und die Knochenschmerzen ist. Bei Pityriasis rubra pilaris blieb es erfolglos. *Arthur Jordan-Moskau.*

Beitrag zu den Untersuchungen über das Verhalten des Ehrlich-Hataschen Präparates im Kaninchenkörper, von Schwartz und Flemming-Uchtspringe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Zur Prüfung der Toxizität des „606“ als saurer Verbindung gaben Verfasser einem mittelgrofsen Kaninchen 0,1 Hata-Hyperideal in 10 ccm sterilem Wasser, und einem 19 Pfund schweren Hunde 0,45 in sterilem Wasser gelöst als intravenöse Injektion. Beide Tiere gingen unmittelbar darauf ein. Die Sektion ergab die Erscheinung einer Säurevergiftung. Andererseits vertrugen Kaninchen von 1 k Gewicht die Injektion von Dosen bis zu 0,2 des alkalisierten Präparates anstandslos. Bemerkenswert ist noch, dafs gelegentlich die Wassermann-Reaktion, welche nachweislich beim Kaninchen normalerweise positiv sich verhält, bei den injizierten Tieren negativ ausfiel. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Syphilis mit „Ehrlich 606“, von Henry J. Nichols und John A. Fordyce-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 14.) An drei Krankheitsgeschichten mit Abbildungen illustrieren die Verfasser die aufserordentlich schnelle Wirkung der Arsenobenzollösung auf die syphilitischen Veränderungen.

Schourp-Danzig.

Professor Ehrlich über das Präparat 606. Frankfurter Brief. (*Medizin. Blätter.* 1910. Nr. 40.) Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Das Arsenobenzol (Präparat 606 von Ehrlich-Hata) in der Behandlung der Syphilis, von A. Bayet-Brüssel. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 41.) Bayet berichtet in diesem Aufsatz über seine an 100 mit 606 behandelten Fällen gemachten Beobachtungen und ist bemüht, dabei möglichst objektiv und unparteiisch vorzugehen,

im Gegensatz zu vielen anderen, bei denen man „erstaunt ist, die Unparteilichkeit in der Beurteilung zu vermissen, die man bei der Auslegung von Tatsachen nicht entbehren kann, ohne in einen übertriebenen Enthusiasmus zu verfallen, welchen die gegenwärtigen Resultate nur teilweise rechtfertigen." Er verwendet die WECHSELMANNsche Technik, löst das Pulver in 10%iger Natronlösung, neutralisiert mit Acidum aceticum glaciale und fügt, je nachdem die fertige Emulsion etwas zu sauer oder zu alkalisch reagiert, einige Tropfen 1%ige Essigsäure oder von 1/10 Normalnatronlauge zu. Das injizierte Quantum beträgt 4—5 ccm, die Dosis 0,5 g bei Frauen, 0,6—0,8, je nach dem Körpergewicht, bei Männern. Bei Kindern gibt er 5—8 mg pro Kilo Körpergewicht. Die Injektion wird zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule subkutan vorgenommen und ist anfangs schmerzlos. Erst nach zwei bis drei Tagen bildet sich eine Schwellung mit erträglichen Schmerzen. In vier Fällen sah BAYET Gangrän des Unterhautgewebes entstehen. Oft kann man ein aseptisches Erweichen des Zentrums ohne Gangrän konstatieren. Nur in wenigen Fällen stieg die Temperatur bis 39°. In zwei Fällen wurde ein rötelnartiges Exanthem, in einem Fall vorübergehende Schwellung der Gelenke wie beim Diphtherieserum beobachtet. Auffallend ist bei allen Patienten die Gewichtszunahme.

Bei elf Fällen von primärer Syphilis trat immer eine schnelle Überhäutung ein, auch die Härte ging zurück, oft aber nur teilweise. In zwei Fällen bildete sich die Härte wieder wie vorher aus. In zwei Fällen von phagedänischem Schanker wurde ein rasches Einhalten des Phagedänismus und der Beginn der Vernarbung erzielt. In drei Fällen hat sich noch keine Roseola gezeigt, in einem Fall trat sie trotz einer Dosis von 0,6 auf. Die Drüsen werden gewöhnlich nur sehr wenig beeinflußt. 44 Fälle von sekundärer Syphilis wurden injiziert. Die Roseola blaßt am zweiten Tage ab, oft braucht sie aber 14 Tage bis zum Verschwinden. Das papulöse Exanthem verschwindet, besonders wenn die Papeln weich sind, ziemlich rasch. Die harten und trocknen Papeln der rezidivierten Exantheme hingegen gehen nur sehr langsam zurück. Die lichenoiden Exantheme scheinen schneller als mit Hg nnd Jod zu verschwinden. In einem Fall war sieben Wochen nach der Injektion die Eruption noch nicht ganz geschwunden. Am besten und schnellsten werden die Schleimhautplaques und die Kondylome beeinflußt. Hingegen wird die allgemeine Drüsenschwellung nur sehr wenig oder gar nicht reduziert. Von tertiärer Lues wurden 35 Fälle behandelt. Hier gibt das Arsenobenzol die besten Resultate, ebenso in der malignen Syphilis, besonders auch in Fällen, die gegen Hg und Jod renitent waren. Doch hatte bei einem tertiären Unterschenkelgeschwür eine Injekiion von 0,5 g gar keinen Effekt. Auch fünf Fälle von Heredosyphilis wurden injiziert, darunter ein viermonatliches Kind mit 0,08 g. Die pustulöse Eruption verschwand am Körper, aber nicht im Gesicht. Ein 13jähriges Mädchen mit Gumma der Stirn und Nekrose des Nasenbeins heilte mit 0,1 sehr schnell. Bei Tabes empfiehlt BAYET nur diejenigen Fälle zu injizieren, bei denen die Schmerzen sehr ausgesprochen sind, vielleicht auch bei Oculomotoriusparalysen, wo er eine günstige Beeinflussung sah. Bei progressiver Paralyse rät er von der Injektion ab. Die WASSERMANNsche Reaktion wird am besten bei tertiärer Lues beeinflußt. In einem Fall wurde sie mit Verschwinden der Ulcerationen negativ, um mit Auftreten eines leichten Rezidivs wieder positiv zu werden. In einem Falle, in dem die Läsionen absolut nicht zurückgingen, blieb auch die WASSERMANNsche Reaktion positiv. Bei der sekundären Syphilis wird die Reaktion viel weniger beeinflußt, und häufig sind die Fälle, wo auch nach fünf Wochen keine Änderung eingetreten war, oder wo sie nach vorübergehender Besserung wieder positiv wurde.

Manifeste Rezidive wurden drei an der Zahl beobachtet. Was die Definitiv-

heilung anbelangt, so hebt B. hervor, dafs das Verhalten der WASSERMANNschen Reaktion, die Nichtbeeinflussung der Drüsen und die Rezidive beweisen, dafs von einer vollständigen Sterilisierung des Körpers nicht die Rede sein kann. „Man mufs vorschnelle Schlüsse vermeiden und sich nicht der Notwendigkeit aussetzen, wieder an einem bestimmten Zeitpunkt zurückweichen zu müssen.“ *Gunsett-Strafsburg.*

Klinische und serologische Resultate des Arsenobenzols EHRLICHS. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 41.) SLUYS benutzt die WECHSELMANNsche Technik und injiziert in die obere intraskapulare Gegend. JACQUÉ berichtet über 104 Kranke, 12 mit primärer Syphilis (ein Augenlidschanker rezidiviert nach vier Wochen), 46 sekundäre mit guten Resultaten, desgleichen 32 tertiäre, 5 heredoluetische und 9 parasyphilitische. DUJARDIN spricht über das Wesen der WASSERMANNschen Reaktion. Er glaubt, dafs dieselbe nicht zur Beurteilung der Therapia sterilisans magna hinzugezogen werden darf, da es nicht möglich sei, mit ihrer Hilfe die latenten Spirochäten nachzuweisen. BAYET spricht über die Vorzüge und Mängel des Arsenobenzols und hebt hervor, dafs man noch sehr lange warten mufs, bis man sich über eine Dauerheilung durch dasselbe aussprechen kann. *Gunsett-Strafsburg.*

EHRLICHS „606“ gegen Lepra, von ED. EHLERS-Kopenhagen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 41.) Verfasser veröffentlicht eine ihm aus Reykjavik von BJARULYÉDINSSON zugeschickte vorläufige Mitteilung, der zufolge die Injektion in den üblichen Dosen zwar klinisch zunächst (in einem Zeitraum von höchstens drei Wochen) keine Änderung hervorrief, dagegen unverkennbar erhebliche Veränderungen (körnige Degeneration) an den Bazillen im Gefolge hatte. Die früher mit Sublimatinjektionen behandelten Kranken fanden das neue Mittel entschieden weniger schmerzhaft als erstere. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung der Syphilis mit dem EHRLICH-HATAschen Präparat 606, von COIGUET und JAMBON-Lyon. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 43.) Die Autoren berichten nur über neun Injektionen von einer Beobachtungsdauer von nicht über 20 Tagen. Die Resultate sind bisher befriedigend. Als Technik verwenden sie die WECHSELMANNsche neutrale Suspension. *Gunsett-Strafsburg.*

Über den Einflufs der Luestherapie mit dem EHRLICH-HATAschen Mittel 606 auf die WASSERMANNsche Reaktion, von FRITZ MUNK-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Nach dem Ergebnis der Untersuchungen M.s wird die Bildung der die WASSERMANNsche Reaktion gebenden Substanz im Serum nicht durch lebende Spirochäten, sondern wahrscheinlich erst durch deren Zerfallsprodukte angeregt. Das Präparat 606 hat keinen direkten Einflufs auf diese Substanz.

Über den Erfolg des Mittels 606 kann uns die WASSERMANNsche Reaktion im allgemeinen nicht vor sechs bis acht Wochen nach der Einspritzung Aufschlufs geben. *Götz-München.*

Erfahrungen mit „EHRLICH-HATA 606“, von K. LIEBER-Würzburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 44.) Nach den Erfahrungen L.s ist „606“ als wesentliche Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeugs für die Behandlung der Syphilis anzusehen; die geringe Giftigkeit und die Möglichkeit, mit einer Injektion eine wochenlange Quecksilberkur zu ersetzen, stellen das Präparat zweifellos über das Quecksilber, das aber dadurch sicher nicht entbehrlich gemacht wird. Arsenobenzol übt in allen Syphilisstadien eine spezifische Wirkung aus, bei Frühsyphilis ist es dem Quecksilber meist überlegen, bei tertiärer Lues dagegen scheint es nur teilweise besser, oft aber weniger kräftig zu wirken, Tabes im Anfangsstadium beeinflufst es ebenso und schneller günstig wie Quecksilber.

Eine Therapia magna sterilisans wird durch Arsenobenzol, wie die Prüfung der WASSERMANNschen Reaktion erweist, und zwar auch bei Steigerung der Dosen über

0,6 nicht erreicht; ob es durch die von NEISSER u. a. vorgeschlagene gleichzeitige Anwendung von Quecksilber bessere Resultate bringt, bleibt abzuwarten. Die Möglichkeit, daſs dabei, wie bei der Kombination von Quecksilber mit Atoxyl oder Arsacetin, häufig Nierenschädigungen eintreten könnten, ist wohl weniger zu fürchten. Groſse Bedeutung hat die Arsenobenzolbehandlung für die Fälle von Quecksilberidiosynkrasie und wohl auch bei Unwirksamkeit des Quecksilbers; doch scheinen leider derartige Fälle öfter auch gegen „606“ unempfindlich zu sein. Die wiederholte Anwendung ist wegen der Depotbildung nach den Erfahrungen mit Atoxyl nicht unbedenklich, jedenfalls nicht unbedenklicher als die Depotbildung bei den altbewährten Quecksilberinjektionen. *Götz-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Zur Behandlung der Varicocele, von H. J. LANÉRIS-Utrecht. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 13.) Allgemein ist es schon oftmals aufgefallen, daſs viele Individuen mit erheblich entwickelter Varicocele keinerlei Beschwerden angeben, und daſs die Abnormität nur zufällig, z. B. bei der Untersuchung auf Tauglichkeit zum Militärdienst, entdeckt wird, während andere Patienten gerade ihrer Schmerzen wegen den Arzt aufsuchen. Verfasser stellt die strikte Behauptung auf, daſs eine Varicocele an und für sich niemals Schmerzen verursacht, daſs die geklagten Beschwerden vielmehr stets bedingt sind durch konkomitierende kleine Hernien, Ausstülpung des Bauchfelles oder sonstige Anomalien. Man kann also die Varicocele an sich ruhig fortbestehen lassen, wenn nur die anderweitige Läsion beseitigt wird. Verfasser hat 63 Patienten nach NARATH operiert; von diesen klagten 21 über Schmerzen, und es ergab sich bei 18 derselben eine kleine Leistenhernie. Bei den drei Patienten, welche keine Hernie aufwiesen, war eine andere Ursache der Beschwerden teils sicher, teils als wahrscheinlich anzunehmen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Kenntnis der Zwischenzellen des menschlichen Hodens, von JOSEF KYRLE-Wien. (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* Bd. 21, Nr. 2.) Der Verfasser hebt hervor, daſs die Hodenzwischenzellen vor allem dazu bestimmt zu sein scheinen, die Entwicklung und Ausbildung der Hodenkanälchenepithelien zu fördern bzw. zu ermöglichen, damit sie ihre ihnen zukommende funktionelle Höhe erreichen können. *Schourp-Danzig.*

Untersuchungen über die männlichen Geschlechtsdrüsensekrete in der Dunkelfeldbeleuchtung, von HANS KÖNIGSTEIN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 15.) Die von WIENER Spermakonien genannten kleinsten korpuskulären Elemente im menschlichen Sperma stammen mit Sicherheit aus dem Prostatasekret und stehen anscheinend in keiner Beziehung zu gröſseren polymorphen Klümpchen, die sich oft finden und nach den Untersuchungen aus der Samenblase und den Vasa deferentia stammen. *W. Lehmann-Stettin.*

d. *Prostata.*

Die Prostata, von BENJAMIN MERRILL RICKETTS. (*New York med. Journ.* 29. Jan. 1910.) R. bespricht in kurzen Zügen die Geschichte der Prostatahypertrophie, welche nachweisbar im Jahre 1639 zum ersten Male der Gegenstand einer Operation gewesen ist. Es ist sehr wahrscheinlich, daſs das Leiden ein Result der Zivilisation ist und seine Häufigkeit mit deren Grad zusammenhängt. Es gibt heute noch viele unzivili-

sierte Völker, bei welchen Prostatahypertrophie nicht vorkommt; wenn dieselben (Indianer, Neger) aber der Zivilisation zugeführt werden, so tritt früher oder später auch die Prostatahypertrophie auf. Ätiologisch spielen sexuelle Exzesse, akute Urethritis, Cystitis, Prostata-Infektionen, Arteriosklerose und abnorm hohe Nahrungszufuhr eine Rolle. Pathologisch-anatomisch besteht sie in Zunahme des Binde- und adenomatösen Gewebes; von Neoplasmen sind Fibrome, Carcinome, Sarkome, Adenome und Papillome am häufigsten. Die Behandlung der Prostatahypertrophie ist für R. eine rein chirurgische und hier wiederum die Methode der Wahl die perineale Prostatektomie, zugleich die älteste der Operationsmethoden (seit 1639). Die suprapubische Exzision wird nun seit 23 Jahren geübt und hat sich als in zweiter Linie in Betracht kommend und in dritter Linie beide kombiniert erwiesen. Ihre Mortalität gibt zusammen weniger als 8% und wird wohl, wie Fryers Statistik von 644 Fällen, die von 10% in den ersten 100 Fällen auf 4,24% in den letzten 200 zurückging, beweist, mit der immer mehr verbesserten Technik noch weiter zurückgehen. Die indirekten chirurgischen Eingriffe (Vasektomie, Kastration, Massage, Katheter usw.) erklärt R. für veraltet. Spinale Anästhesie, Hyoscyamin und Morphium möchte er in ausgedehnterem Maſse bei der Prostatektomie angewendet wissen. *Stern-München.*

Ein ungewöhnlicher Befund in der Struktur einer menschlichen Prostata, von Giani. (*Anat. Anzgr.* Bd. 35, Nr. 11 u. 12.) Die untersuchte Prostata stammte von einem 73jährigen, an Bronchopneumonie gestorbenen Manne. Es fanden sich Bündel quergestreifter Muskelfasern, die Verfasser als Dislokationen von Elementen der quergestreiften Sphinktermuskulatur auffaſst. *Haas-Hamburg.*

Über die von der Prostata verursachten Pollutionen, Spermatorrhoe und Impotenz, von Moriz Porosz-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Porosz hat ein 8-förmiges zirkuläres Muskelbündel der Prostata gefunden und anatomisch-mikroskopisch nachgewiesen und die Präparate in der anatomischen Sektion demonstriert. Diese Muskelbündel, welche als Hindernis die Samenblase schlieſsen, nennt er Sphincter spermaticus. Diesen Sphincter beschuldigt er als Ursache aller im Titel genannten Funktionsstörungen, welche als zentralen Ursprungs gedeutet wurden. Die Neurasthenie sei meist sekundär. *Arthur Schucht-Danzig.*

Vaccinebehandlung in einem Falle von Staphylokokkenprostatitis und in zwei Fällen von Furunkulose, von A. M. Rooker-Niagara Falls. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 1.) Bericht von erfolgreicher Wirkung. *Schourp-Danzig*

Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Prostatadehnung, von F. Kraemer-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 16.) Kr. hat bei einem 66jährigen Mann mit Prostatahypertrophie, bei dem seit etwa sechs Wochen absolute Harnverhaltung bestand, nach Beseitigung der vorhandenen Cystitis eine Dehnung des Prostatateils der Harnröhre zuerst mit Béniqué-Sonden bis auf 30 Charrière und dann mit dem Kollmannschen Dilatator bis auf 44 (= 1,6 cm) vorgenommen; der Erfolg war, daſs der Mann wieder sporadisch urinieren konnte, wenn auch anfänglich wenigstens eine nicht unbedeutende Menge Residualharn blieb.

Die Methode der Prostatadehnung ist von Bayer (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 86, Heft 3, S. 701) angegeben worden; Kr. ist überzeugt, daſs das Verfahren in vielen Fällen von Prostatahypertrophie gute Dienste leisten kann. *Götz-München.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Willi Hirt-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 9.) **Das Reizstadium der Prostatahypertrophie ist mit Einführung von Sonden, Sitzbädern, Moorbädern, heiſsen Klystieren und Diät zu behandeln. Die chronische inkomplette und komplette Retention, die akute Harnverhaltung und Hämaturie wird mit aseptischem Katheterismus nebst Blasenspülungen, bei länger dauernden und schwierigeren Fällen mit dem Dauerkatheter behandelt.**

Ist Operation erwünscht, so ist die Reihenfolge der Eingriffe nach ihrer Schwere: Resektion der Vasa deferentia, Bottinische Operation, perineale, suprapubische Prostatektomie. Ebenso nach ihrer Aussicht auf Erfolg, doch gibt die perineale erheblich bessere Aussichten als die suprapubische Operation. Die Resektion der Vasa deferentia ist speziell indiziert bei allgemein vergröfserter weicher Drüse, Bottini und suprapubische Prostatektomie bei in die Blase vorspringendem Mittellappen, perineale Prostatektomie bei nach dem Mastdarm hin vergröfserten Seitenlappen.

In der Diskussion rät Küttner dazu, möglichst ohne Operation auszukommen, und empfiehlt für den Katheterismus den Bartrinaschen Katheter. Als operatives Verfahren übt er ausschliefslich die Prostatektomie und ist von der perinealen zur suprapubischen Methode übergegangen.

Gottstein versucht bei akuter Retention ebenfalls mit Seidenkatheter Bartrina von etwa 12 Ch. die Harnröhre zu passieren. Gelingt das nicht, so greift er zu einem dicken Metallkatheter von 27—30 Ch. Er sowohl wie Garré brauchten nie wegen akuter Retention die Blasenpunktion auszuführen. Bei inkompletter Retention warnt er vor Katheterismus wegen Cystitisgefahr und rät zu Sitzbädern, Stuhlzäpfchen usw. Durch Röntgenbestrahlung der Prostata vom Rektum her erreichte er einige gute symptomatische Erfolge. Von den Prostatektomien zieht er die suprapubische vor, wobei besonderer Wert auf die Erhaltung der Urethralschleimhaut und völlig primäre Schliefsung der Blase zu legen ist.

Tietze verlangt in Anbetracht der Gefahren der Operation — u. a. beobachtete er eitrige Basilarmeningitis nach der Operation — genaue Abwägung derselben gegen Gefahren und Unbequemlichkeiten des gegenwärtigen Zustandes.

Arthur Schucht-Danzig.

Wirkung des Radiums auf die Prostatahypertrophie, von Desnos. (*Bull. de l'assoc. franç. d'urologie.* Nach *Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 7.) D. hat bei Prostatahypertrophie mittleren Grades, wenn nur die seitlichen Lappen vergröfsert waren und wenn es sich um jüngere Patienten handelte, mit Radiumbestrahlungen sehr befriedigende Resultate erzielt. Zwar wurde das Volumen der Prostata niemals merklich kleiner, aber die Harnretention ist in den meisten Fällen vollständig verschwunden; das ist darauf zurückzuführen, dafs das Radium die kongestiven Erscheinungen, die zur Entstehung der Harnverhaltung so viel beitragen, beseitigt. Bei sehr starker Hypertrophie und bei Greisen mit Retention ohne grofse Prostata bleibt Radium wirkungslos. Die Bestrahlungen werden in der Weise vorgenommen, dafs das in kleinen silbernen Zylindern enthaltene Radiumbromid im Innern von geschlossenen Kautschuk- oder Gummibougies in das Rektum oder in die Urethra eingeführt wird. Die Bestrahlungen von der Harnröhre aus sind weitaus wirksamer; nur wenn sie nicht vertragen werden oder wenn verdächtige Indurationen der Prostata eine beginnende maligne Degeneration befürchten lassen, wird man sich mit Bestrahlungen vom Rektum aus bescheiden. Die Dauer der Sitzungen schwankt zwischen 20 und 110 Minuten, sie richtet sich nach der Stärke der jeweils auftretenden Reaktion, die in einem Gefühle der Schwere und in Brennen besteht und bald nach der Bestrahlung beginnt. Die Zahl der Sitzungen, die in Zwischenräumen von zwei bis vier Tagen vorzunehmen sind, beträgt im mindestens zwölf, häufig sind aber auch 15—20 Bestrahlungen nötig.

Götz-München.

Perineale Prostatektomie mit lateraler Inzision, von Wilms. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 104, Heft 1—2.) W. beschreibt weitere elf Fälle, wo diese Operation vorgenommen wurde mit der von ihm geübten Methode der seitlichen perinealen Inzision. Die Vorzüge vor der alten perinealen Methode sind, dafs die Gefahr der Rektumverletzung wegfällt und das Auffinden der Prostata leichter ist. Zur völligen

Heilung der Dammwunde und bis zur völligen Kontinenz waren im Durchschnitt nur 21 Tage notwendig. Die Blutung war nicht in einem einzigen Falle bedenklich. Verfasser wird auf Grund seiner Erfahrungen nicht wieder zur suprapubischen Methode zurückkehren. *Haas-Hamburg.*

Perineale Prostatektomie, von Hugh Hampton Young-Baltimore. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 10.) Statistische Daten über 385 operierte Fälle. *Schourp-Danzig.*

Prostatectomia hypogastrica mit Perinealdrainage, von Garcia-Puelles. (*Rev. ibero-american. de cienc. méd.* März 1910. Bd. 23, Nr. 67.) Nach Enukleation der Prostata nach der hypogastrischen Methode von Preyer führt G. einen speziell konstruierten, gebogenen Trokart von der hypogastrischen Öffnung durch die Prostatahöhle und durch den zwischen Urethra und Rektum gelegenen Raum bis zum Damm, der mit dem Instrument durchbohrt wird. Der pinzettenartig konstruierte Trokart erlaubt nun ein Gummirohr zu fassen und auf demselben Wege zurück in die Prostatahöhlung zu legen. Das Instrument wurde von Marion-Paris angegeben. *Gunsett-Strafsburg.*

Über partielle suprapubische Prostatektomie, von A. Nogueira-Montevideo. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 12.) Wenn auch die totale Entfernung der hypertrophischen Prostata die anerkannte Methode der Operation ist, so ist doch eine komplette Ausschälung häufig nicht möglich. N. zeigt an vier Fällen der Zuckerkandlschen Klinik, dafs auch die teilweise Entfernung gute funktionelle Resultate haben kann. Die Exzision umschriebener knotiger Verdickungen am Blasenteile der Prostata, die imstande sind, schwere Störungen, komplette Harnretention usw. auszulösen, kann diese beseitigen, vorausgesetzt, dafs die Prostata in ihren sonstigen Teilen unverändert geblieben ist. *W. Lehmann-Stettin.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Digestionsalbuminurie, von Linossier und Lemoine. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 13.) Nach Ansicht der Verfasser wird die Digestionsalbuminurie oder dyspeptische Albuminurie verursacht durch leichte und rasch vorübergehende Veränderungen der Nieren; diese werden hervorgerufen durch Nephrotoxine, die aus den bei der Verdauung ungenügend verarbeiteten Nahrungsmitteln stammen. Zur Entstehung mancher Albuminurien tragen drei Faktoren, eine Nierenläsion, der „Orthostatismus" und die Verdauung bei; vielleicht ist eine grofse Zahl der intermittierenden Albuminurien auf die Kombination dieser drei Faktoren zurückzuführen. *Götz-München.*

Ein Fall von Albuminurie bei einer ganzen Familie, von J. N. Fergusson. (*Brit. med. Journ.* 19. März 1910.) Ein 49jähriger, im allgemeinen gesunder, wenn auch etwas hagerer Mann, kam wegen dyspeptischer Erscheinungen von gewöhnlicher Art zur Behandlung. Er teilte mit, dafs er mehr als 21 Jahre zuvor wegen starker Albuminurie als Todeskandidat bezeichnet worden sei, und dafs sein Urin seitdem bei nicht ganz seltenen Untersuchungen stets eiweifshaltig gefunden worden sei, trotz sonst ungestörten subjektiven Wohlbefindens und Arbeitsfähigkeit als Ingenieur in Südamerika. Verfasser fand 3‰ Eiweifs nach Esbach, aber keine Formelemente. Patient sagte aus, dafs seine Eltern im Alter von 87 bzw. 78 Jahren sowie sieben Geschwister im Alter von 45 bis 56 Jahren alle mehr oder weniger starke Albuminurie bei sonst ungestörtem Befinden aufweisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Diät bei den Albuminurien, von Ch. Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 8 und 9.) F. hält es für fehlerhaft, bei akuten Albuminurien mit Ödemen gleich mit der Milchdiät zu beginnen und grofse Mengen Milch trinken zu lassen; er gibt am ersten Tage nur Wasser (zehn bis zwölf Weingläser voll), hierauf zwei Tage lang Milch mit zwei Dritteilen, dann mit der Hälfte Wasser verdünnt, vom vierten Tage

an reine Milch (anfänglich 1, dann $1^1/_2$ Liter) und erst nach zwei bis drei Wochen feste, kochsalzfreie Nahrung mit Ausschlufs von Fleisch und Fleischbrühen, dazu 700 g Milch und 500 g Wasser im Tag. Nach 10—14 Tagen kann, wenn die Ödeme verschwunden sind, Kochsalz zugesetzt werden, Fleisch und Fleischbrühen sind erst nach fünf bis sechs Wochen zu erlauben. Bei akuter Quecksilbernephritis sollen in den ersten Tagen zur intensiven Durchspülung der Nieren täglich 2—$2^1/_2$ Liter Wasser getrunken werden.

Bei akuten Albuminurien ohne Ödeme, wie sie im Verlaufe verschiedener Infektionskrankheiten vorkommen, richtet sich die Milch- und Wassermenge nach der Höhe des Fiebers; Fleischbrühen sind höchstens in geringen Mengen erlaubt.

Bei chronischen Albuminurien mit Ödemen ohne Blutdrucksteigerung, die zuweilen syphilitischer Natur sind, ist zuerst Milchdiät, dann für zwei bis drei Monate kochsalzfreie Nahrung angezeigt; die Kranken müssen vier bis sechs Monate hindurch das Bett hüten. Wenn diese Art von Albuminurie tuberkulösen Ursprungs ist, soll die Kost in keiner Weise beschränkt werden.

Chronische Albuminurien ohne Ödeme und ohne Blutdrucksteigerung erfordern keine besondere Diätvorschriften; nur der Fleischgenufs ist etwas zu vermindern.

Bei Albuminurien, wie sie infolge von Hydronephrose, Lithiasis, Ren mobilis, Carcinom oder Cysten der Niere vorkommen, dann bei den funktionellen Albuminurien, der orthostatischen und der cyklischen Albuminurie, bei der Oxalurie-Albuminurie und bei der Albuminurie der Neurastheniker ist die gewöhnliche Kost ohne Einschränkung erlaubt. Bei der Digestionsalbuminurie sind schwer verdauliche, reizende Speisen zu verbieten, bei der Phosphaturie-Albuminurie erscheinen die stickstoffhaltigen Nahrungsmittel nur in verminderter Menge zulässig.

Bei der chronischen Albuminurie mit Blutdrucksteigerung dürfen nur 1200 g Flüssigkeit im Tag (am besten in Form von Milch) genommen werden; Fleischbrühen sind zu vermeiden, Fleisch darf nur einmal im Tag gegessen werden, die Kochsalzmenge wird auf die Hälfte reduziert.

Bei Kochsalzretention ohne Ödeme ist für einige Wochen Milchdiät, dann kochsalzfreie Kost angezeigt; die Flüssigkeitszufuhr soll nicht mehr als $1^1/_2$—2 Liter im Tag betragen.

Götz-München.

Über die bei Obstipation auftretende Albuminurie und Cylindrurie, von G. Kobler-Sarajewo. (*Wien. klin. Rundsch.* 1910. Nr. 15.) K. hat vor zwölf Jahren darauf hingewiesen, dafs bei Patienten mit Obstipation Albuminurie und Cylindrurie auftreten und verschwinden, wenn die Obstipation gehoben ist. In Fällen von leichterer Obstipation tritt die Ausscheidung von Harncylindern auch ohne Albuminurie auf.

Diese Beobachtungen sind von v. Engel, Stiller, Wallerstein und Wasserthal bestätigt worden.

Kobler will diesen Autoren gegenüber die Priorität seines Fundes gewahrt wissen.

Schourp-Danzig.

Zur Frage der orthotischen (lordotischen) Albuminurie, von Rudolf Fischl-Prag. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 52, Heft 4—6.) Nach einer Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Anschauungen über die orthotische Albuminurie gibt F. das Resultat seiner eigenen Versuche wieder. Danach gelang es ihm, durch die verschiedensten Manipulationen, Aufbinden der Versuchstiere auf das Spannbrett, Aufrechtstellen in einem Holzkasten, Aufstellung auf dem Spannbrett Kopf nach oben oder nach unten, Aufrichtung mit durch Bändertouren umwickelten Hinterbeinen und unterer Hälfte des Abdomen Kopf nach oben oder nach unten, Pelottenkompression der Gegend der Vena cava superior in der Höhe des Abganges der Nierenvenen, nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde bei den Tieren Albuminurie zu erzeugen, die meist sowohl Essigsäure-

als Ferricyankaliumfällung lieferte. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Harn reichen Gehalt von Formelementen verschiedenster Art und Cylindern der diversen Kategorien.

F. schlägt für das Leiden den Namen lordotische Dispositionsalbuminurie vor.

Schourp-Danzig.

Aufrechts Schnellmethode zur Eiweißbestimmung im Harn, von Hermann Schelenz-Kassel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 2.) Zu der Mitteilung Aufrechts „über eine neue Schnellmethode zur Eiweißbestimmung im Harm“ (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909, Nr. 46) bemerkt Sch., daß er eine verbesserte Esbachsche Röhre, die bis auf eine unwesentliche Verschiedenheit in der Einteilung der von Aufrecht konstruierten entspricht, schon im Jahre 1888 in der *Chemiker-Zeitung* (Nr. 2, S. 26) beschrieben und abgebildet hat. Die Röhre wurde von W. Walther-Stützerbach unter dem Namen „Albuminimeter nach Esbach-Schelenz“ in den Handel gebracht.

Götz-München.

Die nichtparasitäre Chylurie, von J. Knatek-Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Beschreibung eines Falles von nichtparasitärer Chylurie bei einer 33jährigen Frau; der chylöse Harn, der im Liter 7,73 g Eiweiß enthielt, wurde nur nachts ausgeschieden, der Tagesharn war, wenn die Frau umherging, nahezu normal, wurde aber auch chylös, wenn die Patientin lag. Wiederholt gingen zottenförmige Gerinnsel ab, deren Bildung durch nierenkolikähnliche Schmerzen gekennzeichnet, deren Entleerung von mehrstündigem Brennen in der Harnröhre gefolgt war. Durch Katheterisierung der Ureteren wurde festgestellt, daß die linke Niere bei gleicher Harnmenge viermal so viel Fett sezernierte wie die rechte; daß deutet darauf hin, daß man bei nichtparasitärer Chylurie mehr nach lokalen Veränderungen in der Nachbarschaft der Nieren als nach Störungen der Nierenfunktion forschen muß.

Götz-München.

Die Chylurie, von Marion. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 4.) Der kurze Aufsatz bringt nichts Neues. *Götz-München.*

Ein Fall von Indigurie, von Traumann-Hildesheim. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Tr. beobachtete bei einem 13jährigen Mädchen, daß der frisch gelassene, saure, unzersetzte Harn grasgrün gefärbt war; er enthielt außerdem abnorm viel Indikan, aber weder Eiweiß noch Zucker. Im übrigen war an dem Kinde nichts Abnormes zu finden, subjektive Krankheitserscheinungen fehlten vollständig. Der Farbstoff, der die grüne Harnfarbe verursachte, war Indigoblau; er verschwand nach einigen Wochen spontan, acht Tage später ging auch der Indikangehalt des Harns zur Norm zurück. — Die Pathogenese des Falles kann Tr. nicht klarstellen.

Götz-München.

Über Lipurie, von Wilhelm Voit-Nürnberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 50.) Ein 22jähriger Mann, der vor einem Jahre schon einmal milchweißen Harn ausgeschieden hatte, entleerte eines Morgens, nachdem er tags vorher mehrere Liter Milch getrunken hatte, wieder milchweißen Urin, der ganz fein verteiltes Fett in großen Mengen, sonst aber keine pathologischen Bestandteile, weder Eiweiß noch Zucker, enthielt. Der Mann klagte seit einiger Zeit über Schmerzen in der Nierengegend, hatte aber durchaus gesunde Organe; auch die Blutuntersuchung ergab nichts Abnormes. In den folgenden sechs Wochen war der Harn stets frei von Fett, auch nachdem der Mann einmal an einem Tage neben seiner gewöhnlichen Kost 1 Liter Sahne und 150 g Butter verzehrt hatte. — Eine einwandfreie Erklärung des Falles vermag V. nicht zu geben. *Götz-München.*

Essentielle Pentosurie, von S. S. Cohen-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. Scienc.* März 1910.) Zu den ersten Mitteilungen über das Auftreten von Pentosen im

Urin von SALKOWSKI und JASTROWITZ aus dem Jahre 1892 sind seither nur wenige Publikationen hinzugekommen. C. veröffentlicht hier einen weiteren Fall, einen 50jährigen, sehr tätigen, verheirateten Juristen betreffend. Derselbe litt zeitweilig an gastrischen Störungen und gelegentlich auch an Furunkulose. Bei Gelegenheit einer Untersuchung wegen Lebensversicherung wurde ein abnormes Verhalten der FEHLINGschen Reaktion konstatiert, und die daraufhin vorgenommene genauere Prüfung ergab neben den Reaktionen auf Pentose auch eine geringe Rechtsdrehung im Polarimeter. Einige, freilich wenig ausgedehnte Versuche in bezug auf Ernährung führten zu keinem greifbaren Resultate, und im Verlaufe der letzten zwei Jahre hat sich das Gesamtbefinden durchaus nicht verschlechtert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die chemische Untersuchung einer Urinprobe, welche Pentose enthielt, von C. H. LA WALL-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. Scienc.* März 1910.) Verfasser hat genauere Harnanalysen von dem COHENschen Falle ausgeführt: Die FEHLINGsche Probe ergab nicht die bekannte Fällung von Kupferoxyd, sondern eine grünliche Trübung und nachherigen gelben Niederschlag. Die Gärungsprobe fiel negativ aus, die BÖTTGERsche war dagegen deutlich positiv, wie auch die Alphanaphtolprobe. Bei letzterer werden einige Tropfen einer alkoholischen (10%) Lösung dem Urin zugesetzt und diese Mischung wird auf konzentrierte Schwefelsäure aufgeschichtet. Bei Vorhandensein von Kohlehydraten entsteht eine violette Zone. Die Phenylhydrazinprobe lieferte Kristalle, welche von denen der Dextrose und Lävulose etwas verschieden waren. Optisch war die vorliegende Probe inaktiv. Die TOLLANSsche Probe auf Pentose — kirschrote Färbung nach längerem Erhitzen des Urins im Wasserbade mit einer heifsen Mischung von Phlorogluzin in Salzsäure — fiel positiv aus, ebenso wie die spezielle Reaktion, bei der das Phlorogluzin durch Orcein ersetzt wird, worauf eine bläulich-grüne Färbung sich ergibt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Ätiologie transitorischer Glykosurien, von H. L. RICHARTZ - Bad Homburg v. d. H. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1910. Nr. 13.) Der Fall liefert ein klinisches Analogon für die experimentellen Versuche von PFLÜGER und anderen Forschern, welche beim Hunde nach Entfernung des Duodenums Diabetes entstehen sahen und welche nachweisen konnten, dafs aufser dem Duodenum sogar der ganze obere Dünndarm der Sitz eines für den Kohlehydratstoffwechsel wichtigen Faktors ist und dafs schon eine schwere Mucosaschädigung zur Entstehung der Glykosurie genügt (EICHLER und SILBERGLEIT). Der Patient, von dem RICHARTZ berichtet, bekam jedesmal nach einem Anfall von katarrhalischem Dick- und Dünndarmkatarrh eine Zuckerausscheidung. Allerdings zeigte der Patient auch nach dem Verschwinden der Darmsymptome und der spontanen Zuckerausfuhr eine unternormale Toleranz für reinen Zucker.

Gunsett-Strafsburg.

Über Zuckerausscheidungen im Kindesalter, von ERICH ASCHENHEIM-München. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1910. Nr. 14.) Die Untersuchungen A.s ergeben, dafs ebenso wie beim Erwachsenen auch beim Kinde die gröfsten individuellen Schwankungen der Assimilationsgrenze für Dextrose bestehen, und dafs das Alter keinen Einflufs hat. Bei lymphatischen Kindern und besonders bei Kindern mit ekzematösen Hauterkrankungen ist die Assimilationsgrenze für Kohlehydrate in hohem Grade herabgesetzt. *Schourp-Danzig.*

Verschiedenes.

Kosmetik und Dermatologie, von E. Schiff-Wien. (*Bôr-ès bujakórtan.* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Viele kosmetische Mängel der Haut stehen mit den Störungen des Organismus im Zusammenhange. Sie können nur verschwinden, wenn letztere aufhören. Viele lokalisierte Abnormitäten können nur bei vollkommener Kenntnis der anatomischen und physiologischen Verhältnisse beseitigt werden. Dies alles zeigt die grofse Wichtigkeit der Kosmetik, die nicht mehr als „quantité negligeable“ angesehen werden kann. Die Ärzte müssen Rücksicht darauf nehmen, dafs jeder kosmetische Mangel mit dem strukturalen oder funktionellen Defekt des Organismus zusammenhängt. *Poross-Budapest.*

Trichotillomanie, von R. Voisin und Clarac. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 4.) Ein idiotisches Kind, das sich die Haare an einer scharf umschriebenen Stelle links am Kopfe ausreifst, so dafs man den Eindruck einer parasitären Haarerkrankung bekommt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Wo treiben wir hin? Von Bruns. (*Abolitionist.* 1910. Nr. 8.) Verfasser wendet sich dagegen, dafs beim Landheere ebenso wie bei der Marine den Soldaten prophylaktische Mafsregeln gegen eine sexuelle Infektion an die Hand gegeben werden sollen, da hierdurch die Unmoral nur gefördert werde. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Strafrechtsreform. Bericht von Anna Pappritz. (*Abolitionist.* 1910. Nr. 1.) Die Berichterstatterin bedauert, dafs in dem Vorentwurf zum Deutschen Strafgesetzbuche die Reglementierung der Prostituierten bestehen bleibt, dafs die Bestrafung der widernatürlichen Unzucht unter Mifsbrauch einer Amts- oder Dienstgewalt nur bei der männlichen Jugend eintritt, dafs das Schutzalter nicht von 14 auf 16 Jahre erhöht wurde und dafs Schutzbestimmungen gegen Ansteckung mit Geschlechtskrankkeiten nicht geschaffen wurden. Andererseits begrüfst sie es, dafs die Bestimmungen über die Reglementierung dem Bundesrate vorbehalten sind, dafs die widernatürliche Unzucht auch bei Weibern bestraft wird, dafs der § 174 (a. F.) wesentlich erweitert wurde, dafs das Vermieten an Prostituierte ohne Ausnutzung ihres Gewerbes straffrei bleibt, dafs dem Richter bei der Strafbemessung ein gröfserer Spielraum eingeräumt wurde und schliefslich, dafs Bestimmungen gegen den Mädchenhandel und die Trunksucht geschaffen sind. Sie fordert zu einer lebhaften Agitation zur Durchführung der Reformvorschläge der J. A. Föderation auf. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein Nachteil der Jodbenzindesinfektion, von R. Pürckhauer-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Bei etwa 200 Operationen hat Verfasser zu seiner vollen Befriedigung die Desinfektion des Operationsgebietes durch Reinigen mit Jodbenzin (1 pro Mille) und Einpinseln von Jodtinktur ausgeführt. Als einziger und für den Heilverlauf nicht weiter störender Unfall dabei wird berichtet über einen Fall von Quadricepsplastik, bei welchem eine kleine Menge des Benzins dem in Rückenlage befindlichen Knaben an der Glutäalgegend hinabgeflossen war und an den Nates beiderseits, da es zu keiner Verdunstung kam, eine Verbrennung ersten Grades gesetzt hatte. Verfasser hat seitdem einige Fälle ohne vorherige Benzinfrottierung und blofs mit Jodtinkturpinselung durchaus erfolgreich operiert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Bemerkungen über die Hautdesinfektion mittels alkoholischer Jodlösung, von H. F. Waterhouse und W. S. Fenwick-London. (*Lancet.* 16. April 1910.) Verfasser bestätigen den Wert dieser Methode, die bei 159, teils ungünstigen Fällen, 149 mal prima Reunio der Operationswunde lieferte, während einmal eine unbedeutende Eiterung durch die Anwesenheit von Staphylococcus albus entstand. Es wird hervorgehoben, dafs das Abwaschen der Haut mit Wasser und eventuell Seife die Jodwirkung geradezu beeinträchtigt, wie sie aus Erfahrung bestätigen können. Sie verwenden eine 2%ige Lösung von Jod in Spiritus rectificatus; die erste Pinselung wird in der Regel zwei Stunden, eine zweite unmittelbar vor Beginn der Operation ausgeführt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verwendung von Thermosgefäfsen zu bakteriologischen und serologischen Untersuchungen, von P. Sommerfeld. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs die bekannten Thermosgefäfse sich sehr gut verwenden lassen an Stelle des Thermostaten zur Inaktivierung von Serum bei der Wassermannschen Reaktion, ferner zur Komplementbindung, zur Hämolyse usw. Das angewärmte und mit heifsem Wasser (37—58°) zu $^1/_3$ angefüllte Gefäfs verliert im Laufe einer Stunde nur 2—3° an Wärme. Umgekehrt hält sich eine Eiskochsalzmischung ohne besondere Vorkehrungen leicht zwei Tage lang brauchbar.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Instrumente und Apparate für sero-diagnostische Untersuchungen, von Koch-Stuttgart. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 25.) Verfasser hat einen sehr handlichen Halter für Pipetten konstruiert, welcher mit Saugvorrichtung versehen ist und somit das Ansaugen mit dem Munde umgehen läfst. Im Prinzip stellt das kleine Instrument eine Luersche Spritze in Metallausführung dar, bei welcher der seitlich angebrachte Schieber die Kolbenbewegung darstellt. Fabriziert wird der Apparat von der Firma Jetter & Scheerer in Tuttlingen. Ferner schildert K. die Einrichtung seines Brutschranks, bei dem die Reagenzglasgestelle auf einer treppenförmigen Etagere aufgestellt sind und der Innenraum durch eine elektrische Glühbirne erleuchtet wird.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Möglichkeit der Übertragung der zu den Protozoen gehörigen Blutparasiten durch Cimex lectularius, von Giuseppe Sangiorgi-Turin. (*Pathologica.* II. Band. 1910. Nr. 43.) Aus den experimentellen Untersuchungen des Verfassers geht hervor, dafs die Übertragung von Trypanosomen vom infizierten Tier auf ein gesundes Tier vermittels des einfachen mechanischen Aktes des Wanzenstichs wohl möglich ist. Wenn die Trypanosomen auch im Verdauungstraktus der Bettwanze keinen günstigen Nährboden finden, so können sie sich doch eine gewisse Zeit in demselben virulent erhalten. Wenn man sie nach einem Verweilen von drei bis vier Tagen im Körper des Insekts einem Tier subcutan inokuliert, so können sie den Tod desselben herbeiführen, allerdings nach einer ungewöhnlich langen Inkubation von 18 bis 26 Tagen. *Gunsett-Strafsburg.*

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.
